

“Creación de capacidad para la prestación y aplicación de la atención de salud mental (e-learning)” (GCC-Perú)

Investigadores Principales:

Carmen Contreras<sup>1</sup>

Giuseppe Raviola<sup>2</sup>

Grupo de Investigación:

SES

Afiliaciones institucionales:

Socios en Salud Sucursal Perú<sup>1</sup>

Partners In Health<sup>2</sup>

Versión 3.1, 05/04/2022

Lima, Perú

2022



# Índice de Contenido



1. Resumen General .....	5
2. Antecedentes y Justificación .....	6
3. Hipótesis.....	8
3.1. Hipótesis Principal .....	8
3.2. Hipótesis Secundarias .....	9
4. Investigación .....	9
4.1. Objetivo principal y objetivos secundarios .....	9
4.1.1. Objetivo principal.....	9
4.1.2. Objetivos secundarios .....	9
4.2. Pregunta de Investigación .....	10
4.3. Metodología .....	10
4.3.1 Diseño del estudio .....	15
4.3.2 Población del estudio .....	16
4.3.3 Muestreo.....	17
4.3.4 Actividades de planificación .....	18
4.3.5 Desarrollo de plan de capacitación .....	23
4.3.6 Reclutamiento y selección de participantes .....	24
4.3.7 Capacitación en PENSA y EP+ .....	24
4.3.8 Tamizaje y enrolamiento de usuarios.....	27
4.3.9 Entrega de sesiones .....	31
4.3.10 Recolección de datos:.....	34
4.3.11 Formación de un grupo de asesoría.....	35
4.3.12 Supervisión y monitoreo .....	36
4.4. Indicadores .....	42
4.5. Supervisión de actividades .....	43
4.6. Variables del estudio .....	44
4.7. Procesamiento y análisis estadístico .....	46
4.8. Tamaño de muestra .....	48
5. Aspectos éticos.....	48
6. Difusión de la información.....	49
7. Presupuesto y financiamiento general.....	49
8. Cronograma general .....	51
9. Potenciales limitaciones .....	51
10. Referencias bibliográficas .....	52

11. Anexos ..... 58  
11.1 Anexo 1: Instrumentos de recolección de los datos ..... 58  
11.2 Anexo 2-8: Consentimientos informados ..... 58



## Índice de Gráficas

Gráfico 1. Metodología de intervención a través de todo el proyecto .....	11
Gráfico 2. Desarrollo de plan de capacitación a los proveedores de salud especializados y no especializados.....	27
Gráfico 3. Flujo y tamizaje y enrolamiento en EP+.....	29
Gráfico 4. Flujo y tamizaje y enrolamiento en PENSA.....	31
Gráfico 5. Supervisión y monitoreo RE-AIM.....	41
Gráfico 6. Cronograma del proyecto.....	51

## Índice de Tablas

Tabla 1. Formularios según etapas.....	19
Tabla 2. Descripción de indicadores y sus instrumentos .....	42
Tabla 3. Descripción de co-variables .....	45
Tabla 4. Presupuesto del proyecto desde 31 Diciembre 2020 – Junio 2022.....	50



## 1. Resumen General

**Introducción:** El Programa de Salud Mental de Socios En Salud (SES) ha desarrollado entrenamientos en 2 intervenciones de manera tradicional; es decir, usando los materiales de la intervención de forma presencial o remota. Sin embargo, para poder brindar intervenciones de calidad, se necesita reforzar las habilidades de ayuda básica y los planes de entrenamiento mediante el desarrollo de módulos estructurados en una plataforma de capacitación en línea (e-learning) con materiales, evaluaciones y diferentes instrumentos acordes a esta estructura de intervenciones. Asimismo, no solo se pretende brindar la capacitación a proveedores de salud no especializados (Agentes Comunitarios de Salud), sino también a proveedores de salud en general que laboran en los establecimientos de salud (EE. SS) a nivel nacional. La implementación de las capacitaciones en esta nueva plataforma, permitirá amplificar el desarrollo de habilidades a una mayor cantidad de proveedores de salud (especializados y no especializados) y beneficiar a una mayor cantidad de personas que requieren intervenciones de salud mental en la comunidad.

**Pregunta de investigación:** ¿La capacitación a través de una plataforma virtual, fortalece los aprendizajes en la implementación de intervenciones comunitarias, en proveedores especializados y no especializados de salud?

**Métodos:** Este proyecto tiene un diseño cuasi-experimental. La población de este proyecto está compuesta por 156 proveedores de salud especializados y no especializados que serán capacitados en intervenciones de salud mental de manera remota. Para ello, en colaboración con otras sedes de Partners In Health (PIH), se elaborará un plan de capacitación en la cual se adaptarán materiales de acuerdo al contexto.

**Palabras clave:** E-learning, intervenciones en salud mental, proveedores de salud especializados, proveedores de salud no especializados.



## 2. Antecedentes y Justificación

Las estrategias de salud mental Enfrentando problemas Plus (EP+) y Pensamiento Saludable (PENSA), han sido elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como intervenciones psicológicas de baja intensidad y están basadas en Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que tiene la característica de ser una intervención sencilla y muy fácil de aprender con una buena capacitación y supervisión, en comparación con otras estrategias de intervención psicológica convencional. Estas estrategias permiten entregar estrategias de salud mental estandarizadas en casos de ansiedad y depresión de baja intensidad y en población general (EP+) y gestante (PENSA)<sup>1,2</sup>. Adicionalmente estas intervenciones pretenden incluir al personal de salud no especializado por ejemplo a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) que identifican casos de problemas de salud mental en su rutina de trabajo, haciendo que las intervenciones se realicen dentro del ámbito comunitario.

La estrategia de intervención EP+ consta de 5 sesiones y tiene como objetivo disminuir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en adultos que pueden experimentar o no adversidad en su comunidad<sup>3</sup>, además de permitir que los usuarios desarrollen nuevas habilidades para que respondan de manera adecuada al estrés y a sus problemas futuros. Como precedente, investigaciones han demostrado la efectividad de la estrategia individual EP+ en Pakistán y Kenia<sup>4,5,6</sup>. También, se ha evidenciado la viabilidad y aceptabilidad de esta estrategia grupal en Nepal, además de utilizar las habilidades de ayuda básica para evaluar a los facilitadores de las sesiones<sup>7</sup>. Por otro lado, PENSA consta de 16 sesiones enfocadas desde la preparación de la llegada del bebé hasta su infancia tardía<sup>2</sup>. Su grupo objetivo son madres o mujeres gestantes expuestas a presiones psicosociales que pueden presentar síntomas de depresión; además, puede utilizarse como herramienta de motivación para las madres o mujeres gestantes que viven en situaciones de pobreza y/o alfabetización<sup>8</sup>. Esta estrategia ha sido implementada en diversas partes del mundo como en Ecuador, en el Centro de Salud Otavalo, donde se obtuvo una evidencia significativa respecto a la reducción de los síntomas depresivos en las gestantes<sup>8</sup>. Asimismo, también ha demostrado efectividad al reducir los síntomas de depresión



en las gestantes en la India y Pakistán, donde los recursos humanos para brindar sesiones psicológicas especializadas son escasos<sup>9,10</sup>

El Programa de Salud Mental de Socios En Salud (SES) ha implementado intervenciones de salud mental de baja intensidad en el distrito de Carabayllo con la colaboración de ACS, psicólogos y establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA). En 2016, se implementó PENSA dirigida a mujeres gestantes desde el proyecto Salud Materno Infantil (SAMI). Esta experiencia piloto permitió adaptar la intervención y poder continuar entregando sesiones en el distrito de Carabayllo. En el 2018, se realizó la adaptación de materiales de EP+<sup>11</sup> y se entregó en el proyecto de Acompañamiento en Estimulación temprana y soporte social- CASITA y Casas de la Salud (CADSA). En el 2019, se logró implementar un plan de capacitación en PENSA que incluía habilidades de ayuda básica para las ACS. Estas habilidades (confidencialidad, comunicación no verbal, rapport, etc) son de gran beneficio para la psicoterapia y el vínculo que crean los proveedores de salud con sus usuarios en relación a un efecto positivo con las enfermedades de los mismos<sup>12, 13, 14</sup>. Luego, se logró continuar con la mejora de este plan, implementando capacitaciones remotas y fortaleciendo la práctica de los participantes en una metodología innovadora a través de plataformas virtuales.

En lo explicado anteriormente, se ha trabajado en poder desarrollar planes de capacitación adaptados a los proveedores de salud que brindan las sesiones y crear la evaluación y monitoreo de las mismas durante la entrega de sesiones. Sin embargo, no se había añadido las habilidades de ayuda básica, generado material de aprendizaje, ni extendido el periodo de capacitación con la finalidad de beneficiar la atención de los participantes. Todo ello será desarrollado en los planes de capacitación que este proyecto planea crear. Asimismo, en vista que la emergencia sanitaria por la COVID-19 ha modificado la interacción y dinámica de las comunidades, se planea introducir como recurso una plataforma de aprendizaje virtual al proceso de capacitación. Esto debido a sus beneficios como la calidad de información brindada por medios didácticos y en tiempo real, calidad del sistema de apoyo y la calidad del sistema técnico<sup>15</sup>, sin importar el lugar en el que se encuentren los proveedores de salud. En las experiencias anteriores, se había capacitado solo a



profesionales que pertenecían al equipo de trabajo de los proyectos y a ACS; sin embargo, es importante poder capacitar a proveedores que laboran para el MINSA, debido a que es fundamental distribuir las tareas entre proveedores de salud especializados y no especializados en países y zonas de bajos recursos<sup>16,17</sup> para facilitar el acceso al soporte socioemocional que requieren los usuarios.

De esta forma, el proyecto “Creación de Capacidades para la Prestación y Aplicación de la Atención de Salud Mental (e-learning)” capacitará a un grupo de proveedores de salud especializados y no especializados a nivel nacional para que, posterior a ello, puedan entregar una intervención de salud mental de forma remota en sus comunidades.

Este proyecto es una iniciativa desarrollada en 4 sedes de PIH; México, Liberia, Lesoto y Perú. El objetivo principal es reforzar y expandir el acceso a los recursos enfocados en fortalecer las capacidades de los proveedores de salud especializados y no especializados, en diversas áreas de servicio de salud mental. Para ello, PIH implementará una plataforma de aprendizaje virtual para facilitar el acceso a materiales y compartir la experiencia desarrollada por cada sede. A través del acceso a estos recursos, además de la implementación de espacios de colaboración entre países, se busca fomentar el apoyo y la constante retroalimentación de experiencias y aprendizajes.

Por ello, el presente documento describe las actividades que se realizarán en la sede de SES, en Perú, considerando la colaboración con otras sedes para fortalecer el aprendizaje colaborativo.

### **3. Hipótesis**

#### **3.1. Hipótesis Principal**

La implementación de una capacitación a través de una plataforma virtual fortalece los aprendizajes en la implementación de intervenciones





comunitarias en proveedores de salud especializados y no especializados de salud.

### **3.2. Hipótesis Secundarias**

1. Los proveedores de salud especializados y no especializados incrementan sus conocimientos para implementar las intervenciones comunitarias.
2. Los proveedores de salud especializados y no especializados incrementan sus competencias para implementar las intervenciones comunitarias.
3. Los usuarios que reciben las intervenciones de salud mental, por los proveedores de salud especializados y no especializados capacitados a través de una plataforma virtual, reducen los problemas de salud mental al finalizar la intervención.

## **4. Investigación**

### **4.1. Objetivo principal y objetivos secundarios**

#### **4.1.1. Objetivo principal**

Determinar si la capacitación a través de una plataforma virtual fortalece los aprendizajes en la implementación de intervenciones comunitarias en proveedores de salud especializados y no especializados a nivel nacional.

#### **4.1.2. Objetivos secundarios**

1. Implementar una plataforma virtual de aprendizaje para facilitar el acceso a espacios de intercambio con otras sedes de PIH.



2. Implementar un plan y diseño curricular en línea en dos intervenciones comunitarias para proveedores de salud especializados y no especializados en salud.
3. Desarrollar el entrenamiento de dos intervenciones de salud mental a través de una plataforma virtual.
4. Evaluar las competencias de los proveedores de salud especializados y no especializados que han participado en la capacitación a través de la plataforma virtual.
5. Evaluar la eficacia del entrenamiento a través de la reducción de problemas de salud mental en los usuarios que recibieron las intervenciones comunitarias por los proveedores de salud capacitados a través de la plataforma virtual.

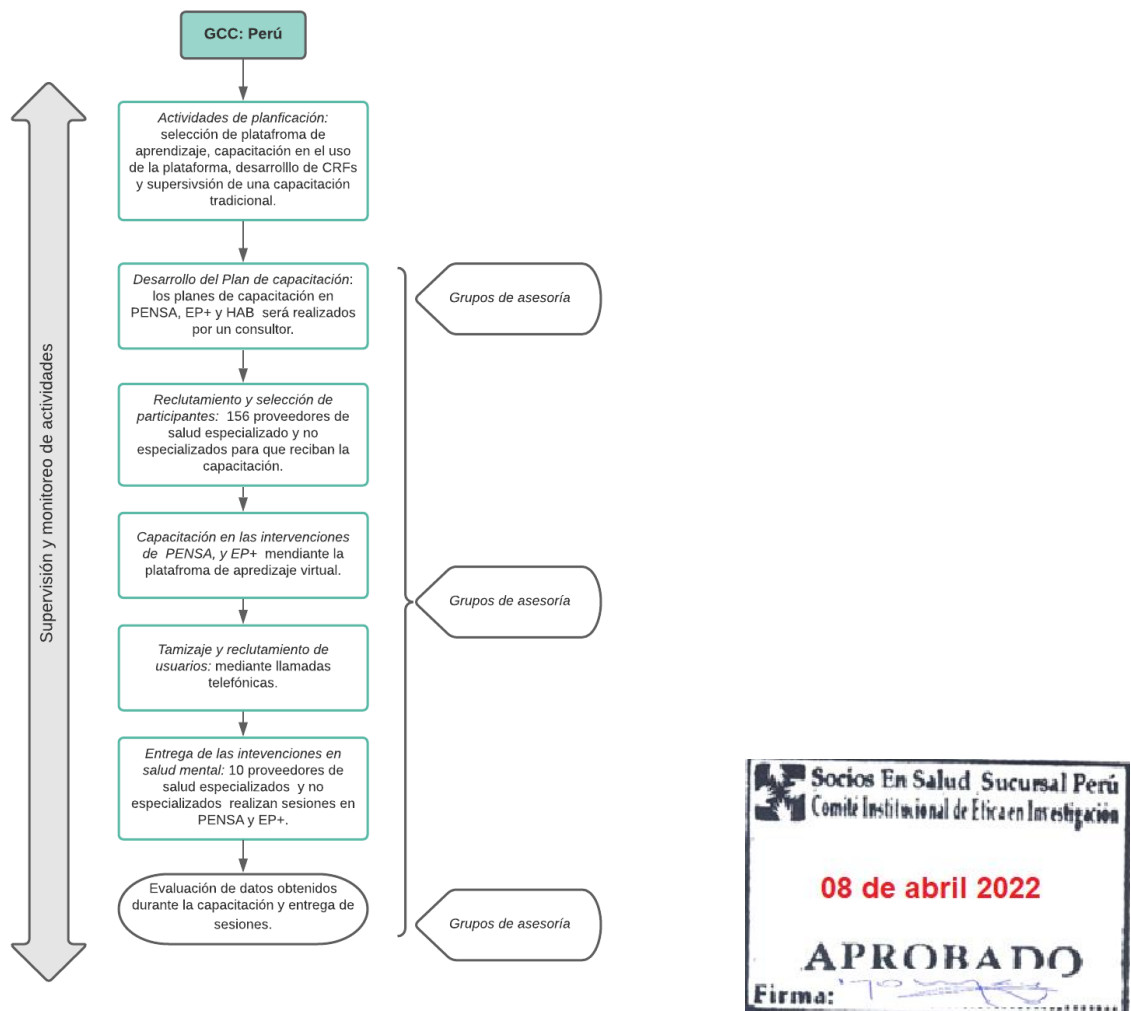
#### **4.2. Pregunta de Investigación**

¿La capacitación, a través de una plataforma virtual, fortalece los aprendizajes en la implementación de intervenciones comunitarias, en proveedores especializados y no especializados de salud?



### 4.3. Metodología

Gráfico 1. Metodología de intervención a través de todo el proyecto



El desarrollo de la investigación seguirá, en gran parte, un orden secuencial. Las actividades de los grupos de asesoría, y el monitoreo y evaluación, se implementarán en paralelo al desarrollo central del proyecto. Se propone seguir los siguientes pasos:

- a. **Actividades de planificación:** Previo al inicio del proyecto de investigación, se realizará una evaluación de plataformas educativas virtuales cuyas características cumplan los requerimientos necesarios para la implementación de la investigación. El costo total del servicio y la facilidad para utilizar

la plataforma, serán criterios para la selección de la plataforma. Una vez elegida la plataforma de aprendizaje virtual, se capacitará a los miembros del equipo designados para el manejo técnico.

- b. Desarrollo del plan de capacitación:** Se realizará un proceso de reclutamiento, para elegir al consultor o consultora especialista en desarrollo de planes de capacitación. La persona seleccionada, deberá diseñar los materiales para la capacitación en PENSA, EP+ y habilidades básicas de salud mental. Además, trabajará conjuntamente con los responsables del manejo técnico de la plataforma de aprendizaje virtual para presentar las capacitaciones en formato virtual. El diseño de los planes de capacitación estará basado en los principios de andragogía, se incluirán materiales de seguimiento y monitoreo, recursos educativos y usará estilos de aprendizajes diferentes.
- c. Reclutamiento y selección de los participantes:** Con los materiales de capacitación finalizados y exitosamente establecidos en formato virtual, se realizará el reclutamiento de participantes. Se coordinará con la Dirección de Redes Integradas Lima Norte (DIRIS Lima Norte) y las instituciones correspondientes en las diferentes regiones para solicitar la aprobación del presente protocolo.

Se difundirá la capacitación en línea entre los proveedores de salud especializados y no especializados a nivel nacional. Se obtendrá una lista de postulantes al curso, los mismos que serán evaluados vía telefónica y serán seleccionados en base a los criterios que se mencionan en la sección “4.3.2. Población del estudio”.



**d. Capacitación en las intervenciones PENSA y EP+:** Se iniciarán cuando se hayan incluido a todos los participantes. Los planes de capacitaciones en PENSA y EP+ incluirán las habilidades de ayuda básica. Las diferentes capacitaciones contarán con pruebas pre y post para evaluar el cambio en conocimientos y competencias de los participantes. Veinte participantes serán elegidos de manera aleatoria para las evaluaciones. La participación en las evaluaciones serán voluntarias. Si algún participante decide no participar, se procederá a elegir a otro estudiante de manera aleatoria. Este proceso se dará hasta conseguir 20 personas dispuestas a ser evaluadas.

Las capacitaciones serán usando la plataforma aprendizaje virtual y contará con la siguiente estructura: evaluación previa en conocimientos, habilidades de ayuda básica y estigma; capacitación en línea brindada de forma sincrónica y asincrónica; al se evaluará en conocimientos, habilidades de ayuda básica y estigma. Las evaluaciones previas y posteriores en conocimientos y estigma se realizarán mediante cuestionarios aplicados en la plataforma de aprendizaje en línea. Para la evaluación en habilidades de ayuda básica se realizará a través de los juegos de roles, el mismo que incluirá: (1) la contratación de actrices contratadas, quienes a través de una viñeta previamente establecida, asumirán el rol de los usuarios; (2) los proveedores especializados y no especializados capacitados que responderán en el juego de rol, y; (3) los evaluadores quienes calificarán el logro alcanzado de las personas que recibieron la capacitación de las habilidades de ayuda básica.



**e. Tamizaje y enrolamiento de usuarios:** Culminada la capacitación virtual, se realizará el tamizaje y enrolamiento de

usuarios de la comunidad quienes recibirán las intervenciones PENSA y EP+. Se evaluará los niveles de depresión usando los Cuestionarios PHQ-9 y WHODAS y de tener un resultado de Depresión Mayor Leve (DML) se les invitará a participar del proyecto. Este proceso se repetirá hasta lograr alcanzar 70 usuarios enrolados (35 en EP+ y 35 en PENSA). Los criterios de selección de usuarios se mencionan en las secciones “4.3.9 Entrega de sesiones”. Los usuarios serán seleccionados por conveniencia y su participación será de manera voluntaria. Los usuarios de PENSA y EP+ serán seleccionados mediante la lista que solicitaremos a los EE. SS de la DIRIS Lima Norte y de las instituciones correspondientes en las diferentes regiones. Luego, los usuarios serán atendidos vía telefónica. No obstante, al aplicar el PHQ-9 en tamizaje para EP+, si el usuario no presenta síntomas de depresión, se le brindará psicoeducación. Si el usuario obtiene un puntaje de 5-9 (Síntomas depresivos mínimos o leves) en el PHQ-9, se le brindará 1 sesión de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), y si presenta Depresión Mayor Moderada (DMM) o Depresión Mayor Severa (DMS), se le brindará 1 sesión de PAP y se le derivará al EESS más cercano a su domicilio para que lo atiendan de manera especializada.

- f. **Entrega de las sesiones:** Diez proveedores de salud especializados y no especializados brindarán las sesiones. Se seleccionarán de manera aleatoria a seis proveedores especializados y cuatro proveedores no especializados que haya aprobado la capacitación, participado de la evaluación en juegos de roles pre y post capacitación y quienes tengan disponibilidad de tiempo. Aquellos que no sean seleccionados habrán terminado su participación en el proyecto.



Se realizarán evaluaciones usando el cuestionario PHQ-9 y WHODAS en tres tiempos del proyecto, al inicio, al medio de las

sesiones y al final. En la intervención de EP+ se realizará una reevaluación luego de un mes de haber terminado las sesiones.

- g. Recolección de datos:** Los datos se recopilarán a lo largo de todo el proyecto. Estos serán almacenados en el sistema SEIS y CommCare. Revisar “4.3.10 Recolección de datos”
  
- h. Formación de Grupos de Asesoría:** Durante el desarrollo del proyecto, se establecerán 3 grupos de asesoría, que estará conformado por usuarios, agentes comunitarios y mujeres líderes. Los miembros de estos grupos serán elegidos en base a los criterios establecidos en la sección “4. Formación de un grupo de asesoría”. A través de un enfoque participativo, se busca que la información recolectada en los grupos, influya en la adaptación continua de las intervenciones del proyecto a las necesidades de los diferentes grupos involucrados. Se planea que los grupos de asesoría se reúnan 3 veces durante todo el desarrollo del proyecto.
  
- i. Supervisión y monitoreo:** se seguirá la perspectiva “RE-AIM2: Alcance, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento. Esta perspectiva se encuentra descrita en la sección “4.3.11 Supervisión y Monitoreo”.

#### 4.3.1 Diseño del estudio

El diseño del proyecto es cuasi experimental, debido a que se realizará una comparación en el puntaje habilidades de ayuda básica de proveedores de salud antes y después de la capacitación en intervenciones de salud mental.



#### 4.3.2 Población del estudio

La población objetivo está conformada por proveedores de salud especializados y no especializados.

##### A. Los proveedores de salud especializados

###### a. Criterios de inclusión:

- i. Ser profesional de salud de carreras como: medicina, enfermería, obstetricia, odontología, biología, ingeniería sanitaria, nutrición, psicología, químico farmacéutico, química, tecnólogo médico, y trabajo social.
- ii. Residir en el Perú

###### b. Criterios de exclusión:

- i. No tener disponibilidad de tiempo para participar de los entrenamientos.

##### B. Los proveedores de salud no especializados

###### a. Criterios de inclusión:

- i. Ser Agente Comunitario de Salud (ACS)/promotor de salud o actor social.
- ii. Residir en el Perú.

###### b. Criterios de exclusión:





- i. Los proveedores de salud no especializados que sean menores de edad (18 años) no podrán participar del entrenamiento.
- ii. No tener disponibilidad de tiempo para participar de los entrenamientos.

### 4.3.3 Muestreo

#### 1. Marco Muestral

Se obtendrá la muestra de proveedores de salud especializados a través de la DIRIS Lima Norte, instituciones correspondientes en las diferentes regiones y mediante las redes sociales. De forma similar, se obtendrá la muestra de proveedores de salud no especializados, debido a que la DIRIS Lima Norte cuenta con el área de Promoción de la Salud (PROMSA) área que registra una relación de ACS interesados en participar de la capacitación; sin embargo, también realizaremos la convocatoria a través de las redes sociales y de una lista de ACS que participaron en la convocatoria de “Becas de excelencia académica para hijos/as de agentes comunitarios de salud” organizado por Socios En Salud en coordinación con el MINSA.

#### 2. Tipo de muestreo

El proyecto empleará dos tipos de muestreo: conveniencia y bola de nieve. La primera técnica es una selección por métodos no aleatorios que permite seleccionar a los participantes que sean accesibles y cercanos para el proyecto<sup>18, 19</sup>. La representatividad está determinada de forma subjetiva por el proyecto<sup>15</sup>. Es así que, debido a la accesibilidad e importancia, se ha seleccionado a los proveedores de salud especializados para ser capacitados en intervenciones de salud



mental. La segunda técnica permitirá lograr la meta propuesta de ACS capacitados, debido a las dificultades de la poca disponibilidad de este grupo específico<sup>20</sup>. Identificando a los participantes mediante las redes sociales establecidas entre los individuos<sup>21</sup>.

#### 4.3.4 Actividades de planificación

Las actividades del proyecto han comenzado con la organización y el área programática de la misma durante los primeros meses del 2021. A continuación, se describen las actividades de preparación, y actividades principales que se realizarán durante el proyecto (entrenamiento, grupos de asesoría y entrega de intervenciones).

- a. Selección de una plataforma de aprendizaje: El equipo se reunirá para revisar las diferentes plataformas viables y seleccionará una plataforma que pueda contener como características la disponibilidad offline, facilidad de acceso y programación.
- b. Capacitación en manejo de plataforma de aprendizaje virtual: los miembros del equipo serán capacitados en el uso de la plataforma por el soporte técnico del proyecto. Esto se realizará con la finalidad de que el equipo pueda ingresar y modificar los cursos para dar soporte a los alumnos.
- c. Desarrollo Formularios: los formularios serán diseñados y revisados por el equipo de manejo de datos y monitoreo.

A continuación, se mencionan cada uno de los formularios que se aplicarán en el proceso de entrega de intervenciones y de capacitación a los participantes:





Tabla 2. Formularios según etapas

<b>Formatos utilizados para actividades con los usuarios</b>							
<b>N°</b>	<b>Abreviatura</b>	<b>Nombre de CRF</b>	<b>Items</b>	<b>Autor</b>	<b>Etapas de la intervención</b>	<b>Sistema</b>	<b>Estrategia</b>
1	PHQ-9	Cuestionario de Salud del Paciente	17	Creado por <sup>22</sup>	Tamizaje	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
2	RASA	Ficha de Razones de Salida	4	Diseñado para el proyecto	Tamizaje	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
3	FIPA	Formato de Información del participante	13	Diseñado para el proyecto	Tamizaje	SEIS	PENSA, EP+
4	DEAF	Despistaje de Afecciones	6	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Tamizaje	CommCare	EP+
5	WHODAS	Cuestionario de Funcionamiento Personal y Social	18	Organización Mundial de la Salud (Salud)	Enrolamiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
6	REDE	Registro de Derivaciones	6	Diseñado para el proyecto	Enrolamiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
7	FIEN	Ficha de Enrolamiento de usuarios	5	Diseñado para el proyecto	Enrolamiento	SEIS	PENSA, EP+
8	HIPS	Historia Clínica Psicológica	9	Diseñado por SES	Enrolamiento	SEIS, CommCare	PENSA EP+
9	RASA	Ficha de Razones de Salida	4	Diseñado para el proyecto	Enrolamiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
10	PCL-5	Autoinforme de síntomas de Trastorno de Estrés Post-Traumático	20	Centro Nacional para Estrés Post-Traumático, Boston, EE.UU.	Enrolamiento	SEIS	PENSA, EP+
11	TAVIN	Ficha de Tamizaje de Violencia	28	Diseñado por SES	Enrolamiento	SEIS	PENSA
12	ASSIST	Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias	10	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Enrolamiento	SEIS	PENSA
13	CASU	Escala de la Calidad de Sueño		Diseñado por SES	Enrolamiento	SEIS	PENSA



14	PSYCHLOPS	Cuestionario sobre Problemas	9	Dpto. de Medicina General y Atención Primaria, King's College, London	Enrolamiento	SEIS, CommCare	EP+
15	PHQ-9	Cuestionario de Salud del Paciente	17	Creado por <sup>22</sup>	Seguimiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
16	WHODAS	Cuestionario de Funcionamiento Personal y Social	18	Organización Mundial de la Salud (Salud)	Seguimiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
17	REDE	Registro de Derivaciones	6	Diseñado para el proyecto	Seguimiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
18	RASE	Registro de Apoyo Socioeconómico	31	Diseñado por SES	Seguimiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
19	RASA	Ficha de Razones de Salida	4	Diseñado para el proyecto	Seguimiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
20	HIPS	Historia Clínica Psicológica	9	Diseñado por SES	Seguimiento	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
21	FENC	Ficha de Encuentro de la Visita	20	Diseñado para el proyecto	Seguimiento	SEIS	PENSA
22	EVAC	Evaluación de ACS en Campo	23	Diseñado para el proyecto	Seguimiento	SEIS	PENSA
23	FATE	Ficha de Asistencia a Terapias	7	Diseñado por SES	Seguimiento	SEIS	EP+
24	PSYCHLOPS	Cuestionario sobre Problemas	9	Dpto. de Medicina General y Atención Primaria, King's College, London	Seguimiento	SEIS, CommCare	EP+
25	SUSE	Ficha de Supervisión de Sesiones	20	Diseñado para el proyecto	Seguimiento	CommCare	EP+
26	PHQ-9	Cuestionario de Salud del Paciente	17	Creado por <sup>22</sup>	Egreso	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
27	WHODAS	Cuestionario de Funcionamiento Personal y Social	18	Organización Mundial de la Salud (Salud)	Egreso	SEIS, CommCare	PENSA, EP+



28	REDE	Registro de Derivaciones	6	Diseñado para el proyecto	Egreso	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
29	RASE	Registro de Apoyo Socioeconómico	31	Diseñado por SES	Egreso	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
30	RASA	Ficha de Razones de Salida	4	Diseñado para el proyecto	Egreso	SEIS, CommCare	PENSA, EP+
31	PCL-5	Autoinforme de síntomas de Trastorno de Estrés Post-Traumático	20	Centro Nacional para Estrés Post-Traumático, Boston, EE.UU.	Egreso	SEIS	PENSA, EP+
32	FENC	Ficha de Encuentro de la Visita	20	Diseñado para el proyecto	Egreso	SEIS	PENSA
33	EVAC	Evaluación de ACS en Campo	23	Diseñado para el proyecto	Egreso	SEIS	PENSA
34	FATE	Ficha de Asistencia a Terapias	7	Diseñado por SES	Egreso	SEIS	EP+
35	PSYCHLOPS	Cuestionario sobre Problemas	9	Dpto. de Medicina General y Atención Primaria, King's College, London	Egreso	SEIS, CommCare	EP+
36	SUSE	Ficha de Supervisión de Sesiones	20	Diseñado para el proyecto	Egreso	CommCare	EP+

<b>Formatos utilizados para actividades con proveedores de salud especializados y no especializados</b>						
N°	Abreviatura	Nombre de CRF	Items	Autor	Etapa de la intervención	Sistema
1	FIPE	Ficha de Seguimiento del Participante Entrenado	17	Diseñado por SES	Pre-Capacitación	SEIS
2	CHAB	Cuestionario de Conocimientos en Habilidades de Ayuda Básica	23	Instrumento diseñado por Consorcio EQUIP	Pre-Capacitación	SEIS, Plataforma de Aprendizaje
3	ENACT	Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT)	15	Creado por <sup>24</sup>	Pre-Capacitación	SEIS, Plataforma de Aprendizaje
4	FIPA	Formato de Información del participante	13	Diseñado para el proyecto	Pre-Capacitación	SEIS

5	FIPE	Ficha de Seguimiento del Participante Entrenado	17	Diseñado por SES	Durante la Capacitación	SEIS
6	RASA	Ficha de Razones de Salida	4	Diseñado para el proyecto	Durante la Capacitación	SEIS, CommCare
7	AQ-27	Cuestionario de Atribución Estigma	27	Creado por <sup>25, 26</sup>	Durante la Capacitación	SEIS, Plataforma de Aprendizaje
8	CHAB	Cuestionario de Conocimientos en Habilidades de Ayuda Básica	23	Instrumento diseñado por Consorcio EQUIP	Post-Capacitación	SEIS, Plataforma de Aprendizaje
9	ENACT	Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT)	15	Creado por <sup>24</sup>	Post-Capacitación	SEIS, Plataforma de Aprendizaje
10	RASA	Ficha de Razones de Salida	4	Diseñado para el proyecto	Post-Capacitación	SEIS, CommCare



d. Revisión de capacitaciones tradicionales, evaluación y supervisión: Se asistirá a capacitaciones realizadas de forma tradicional, que cuenten con un plan de capacitación de forma remota (utilizando Zoom o Microsoft Teams). Se coordinará con otros proyectos del Programa de Salud Mental de SES, para asistir a capacitaciones en EP+ y PENSA a cargo de 6 psicólogas. Esta actividad se realiza con el propósito de poder recopilar datos necesarios a tener en cuenta para poder mejorar el plan de capacitación de los cursos en la plataforma de aprendizaje virtual. Se recopilarán datos antes, durante y después de cada capacitación. A continuación, se describen las actividades que se realizarán:

i. Evaluaciones antes y después de la capacitación: se organizarán juegos de roles basados en las 15 competencias de ENACT. En los juegos de roles, un evaluador asumirá el rol de un usuario y el participante asumirá el rol de una persona que brinda soporte emocional. El juego de rol tomará 10 minutos, una vez culminada la actividad, los evaluadores tomarán apuntes y calificarán el juego de rol. Esta actividad se realizará antes y después de la capacitación.

ii. Notas de proceso: los supervisores o capacitadores tomarán apuntes de las actividades realizadas en los días de capacitación. Asimismo, añadirán sugerencias y plantearán soluciones a problemas que puedan surgir en la capacitación.



#### 4.3.5 Desarrollo de plan de capacitación

Se contratará a un consultor que desarrolle el plan de capacitación en dos intervenciones de salud mental dirigidos a proveedores de salud especializados y no especializados. Estas capacitaciones serán entregadas

en una plataforma de aprendizaje virtual que tenga un uso dinámico para favorecer la experiencia de uso de los participantes.

Además, se adaptará los manuales de las intervenciones, y durante este, se creará material de enseñanza dinámico y adaptado al contexto de aplicación. Este material podrá ser modificando de acuerdo a las necesidades de los participantes y a la evaluación del equipo.

#### **4.3.6 Reclutamiento y selección de participantes**

Se solicitará la aprobación del presente protocolo a la DIRIS Lima Norte y a las instituciones correspondientes en las diferentes regiones, con ello se podrá difundir las capacitaciones en intervenciones de salud mental. De igual forma se compartirá el lanzamiento del curso mediante las redes sociales de SES

Se obtendrá una lista de postulantes a las capacitaciones, y ellos serán los evaluados vía telefónica. Aquellos que cumplan con los requisitos serán seleccionados. Los criterios son descritos en la sección “4.3.2 Población del estudio”.

La lista de personas seleccionadas será compartida al programador de la plataforma de aprendizaje virtual para que realice la inscripción.

#### **4.3.7 Capacitación en PENSA y EP+**

El aprendizaje que se brindará será asincrónico y sincrónico. Se tendrán sesiones en vivo mediante la plataforma de aprendizaje virtual, en las que los participantes podrán interactuar con los capacitadores y sus compañeros. Además, contarán con materiales y módulos de aprendizaje en la plataforma de aprendizaje virtual. Los participantes podrán acceder a la información en cualquier momento a medida que avanzan en los módulos. Estos módulos contarán con material visual, videos, resúmenes, tareas y evaluaciones. Un resumen gráfico del proceso de capacitación se presenta en el Gráfico N°2.





En el proceso de capacitación, los participantes recibirán soporte técnico para poder guiarlos en las capacitaciones y poder resolver problemas relacionados al funcionamiento a la plataforma de aprendizaje virtual. Asimismo, se contará con la guía de profesionales del proyecto que podrán orientar a los participantes en la información y practica presentando en los entrenamientos.

Por otro lado, para asegurar que los participantes puedan acceder al entrenamiento por la plataforma de aprendizaje virtual y a las videollamadas remotas, se prestará equipos celulares a las personas que tengan dificultades tecnológicas con sus equipos personales. Los equipos celulares prestados contarán con un paquete de internet para facilitar la conexión. Luego de que el participante acabe o se retire del entrenamiento, el equipo celular deberá ser entregado. Los participantes que concluyan satisfactoriamente los cursos EP+ y PENSA utilizando sus propios equipos y paquetes de internet, recibirán recargas telefónicas por el monto de S/20.00 (veinte soles), como compensación por el tiempo y la utilización de sus planes de datos para completar las capacitaciones.

**a. Evaluación en habilidades de ayuda básica:**

Los proveedores de salud serán evaluados mediante juegos de rol remotos en los que se calificarán las competencias del instrumento *Enhancing Assessment of Common Therapeutic factors* (ENACT). De los 20 proveedores de salud evaluados, se seleccionarán a 10 para que entreguen las intervenciones de PENSA y EP+, puesto que en el camino pueden ocurrir diversas circunstancias que reduzcan la cantidad de la población estimada como, por ejemplo; retiro voluntario de la capacitación, participantes que no cumplan los requisitos para recibir la certificación final, entre otras limitaciones.



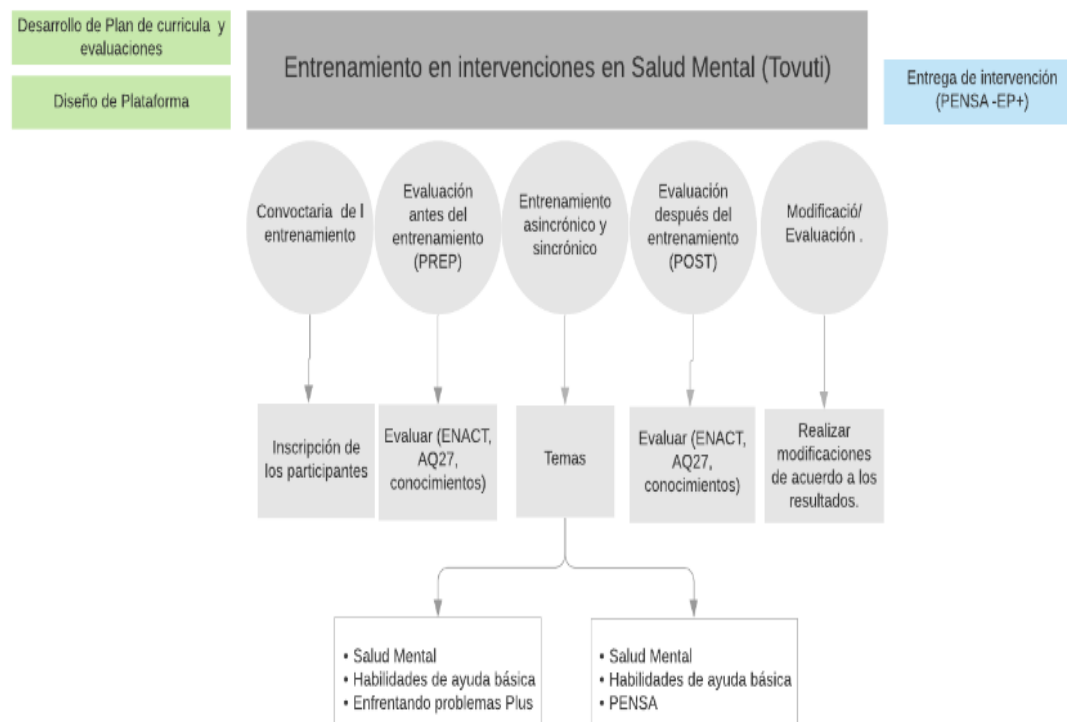
Por otro lado, se contará con un actor o actriz, quien previamente, será capacitado (a) en el uso de viñetas para que pueda realizar los juegos de rol con cada uno de los 20 participantes. Las viñetas contienen la historia del personaje a interpretar y las indicaciones que deben cumplir durante los juegos de rol. En los juegos de roles, simulará a un/una usuario/a que recibe soporte emocional de un proveedor especializado y no especializado de salud. El actor o actriz seleccionado contará con experiencia previa en actuación, experiencia en haber colaborado en programas de ayuda social y con disponibilidad de tiempo. Por cada día en los que realice los juegos de rol recibirá un pago que se establece en el Consentimiento Informado que ella firmará. El juego de rol tendrá una duración de 10 minutos y en este periodo los evaluadores calificarán las habilidades de ayuda básica que los proveedores de salud especializados o no especializados tienen durante esta actividad. Los juegos de roles serán grabados en una plataforma de video llamadas y almacenados. Estas evaluaciones se realizarán previamente y posteriormente a la capacitación, para visualizar si existen diferencias entre las puntuaciones pre y post, y revisar el efecto de la capacitación.

**b. Evaluación de conocimiento en habilidades de ayuda básica y salud mental, y estigma:**

Se evaluará estos conocimientos mediante el Cuestionario de conocimientos en habilidades de ayuda básica (CHAB), el Cuestionario de atribución de estigma (AQ-27) y una evaluación en conocimientos en salud mental. Estos cuestionarios serán autoaplicados a través de la plataforma de aprendizaje virtual, previo el inicio de los módulos de capacitación



Gráfico 2. Desarrollo de plan de capacitación a los proveedores de salud especializados y no especializados.



La adaptación del plan estará a cargo de un especialista en educación, mientras que el diseño de la presentación de contenido en la plataforma virtual estará a cargo de un diseñador gráfico. Una vez finalizada esta etapa previa, se procederá a iniciar la convocatoria de participantes.

Los dos programas de capacitación EP+ y PENSA, recibirán entrenamientos en conceptos básicos de salud mental y habilidades de ayuda básica. Al finalizar la capacitación, se realizarán las evaluaciones correspondientes a los veinte participantes. De acuerdo a lo observado en los resultados, se podrá proceder a la entrega de intervenciones, o a la modificación de contenidos del entrenamiento para reforzar aspectos que no hayan sido incorporados adecuadamente.



#### 4.3.8 Tamizaje y enrolamiento de usuarios

- a. **Enfrentando Problemas Plus (EP+):** Se solicitará a los profesionales especializados que puedan evaluar a sus usuarios

dentro de la rutina establecida. De acuerdo a los puntajes de cada usuario se les podrá invitar para participar en la intervención.

Los usuarios deben tener un puntaje de 10-14 (depresión mayor leve). En una primera llamada se realizará una entrevista realizada por el especialista, esto podrá corroborar el nivel de depresión de la persona. De tener un puntaje mejor se le brindará una sesión de psico-educación y en caso tenga un puntaje mayor, será derivado a los Centros de Salud Mental Comunitario de la red de salud.

- b. Pensamiento Saludable (PENSA):** Se solicitará una lista con los datos de las gestantes atendidas a los centros maternos infantiles de la zona de Lima Norte y otras regiones del país. Realizaremos las coordinaciones con la DIRIS Lima Norte y con las instituciones correspondientes en las diferentes regiones. Para identificar a las gestantes, se coordinará con los responsables del área de salud materna de los EESS para que se contacten con las madres gestantes; en caso ellos no pudieran, bajo su autorización el equipo de Socios En Salud realizaría el primer contacto. Cada vez que se contacte con una madre gestante se completará el Consentimiento Informado Verbal de la Madre Gestante (ver Anexo N°8).

Debido a que dicha actividad requiere que el profesional de salud trabaje tiempo adicional, se le brindará un vale de alimentos de S/.100.00 por cada mes de apoyo, considerando hasta un máximo de hasta dos meses. En el caso que los beneficiarios residan en provincia y manifiesten dificultades para canjear los vales debido a la falta de acceso a estos establecimientos, se brindarán transferencias bancarias por el valor monetario total del vale.



Una vez que se tenga la información de todas las madres gestantes, se revisarán los datos y se seleccionarán a las gestantes que se

encuentren en el tercer trimestre de embarazo. Dichas gestantes, en coordinación con el EESS serán contactadas a través de llamadas telefónicas por los profesionales de salud para tamizarlas en depresión usando el cuestionario PHQ-9. Los criterios para participar de la intervención son: gestantes mayores de edad (18 años a más) que acepten participar voluntariamente, deben encontrarse en el tercer trimestre de gestación, recibir una atención por su embarazo en cualquier EESS de Lima Norte y su residencia puede ser en uno de los distritos de la misma zona. Asimismo, en el cuestionario PHQ-9 deben tener un resultado de 5 puntos a más, en caso sobrepase el puntaje de 15, pueden participar y a su vez serán derivadas a su EESS para recibir atención especializada.



Gráfico 3. Flujo y tamizaje y enrolamiento en EP+

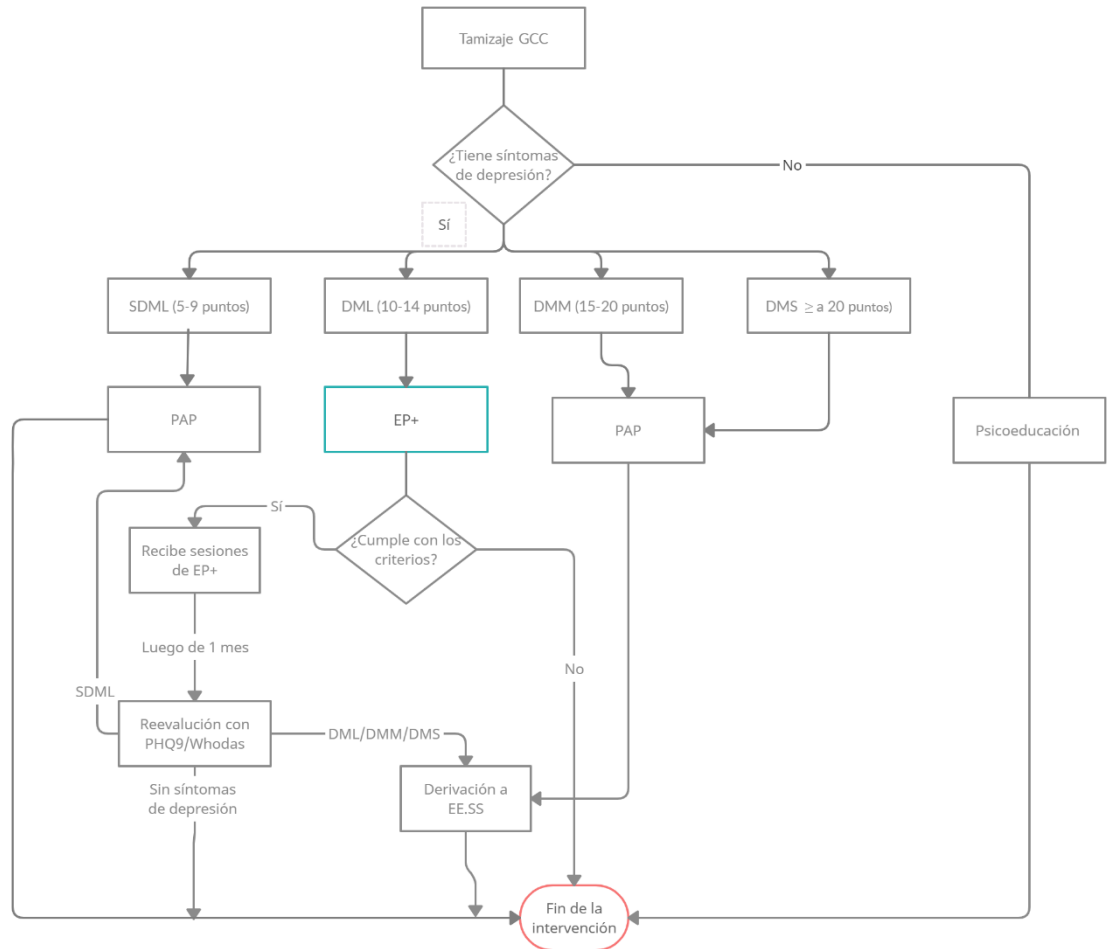
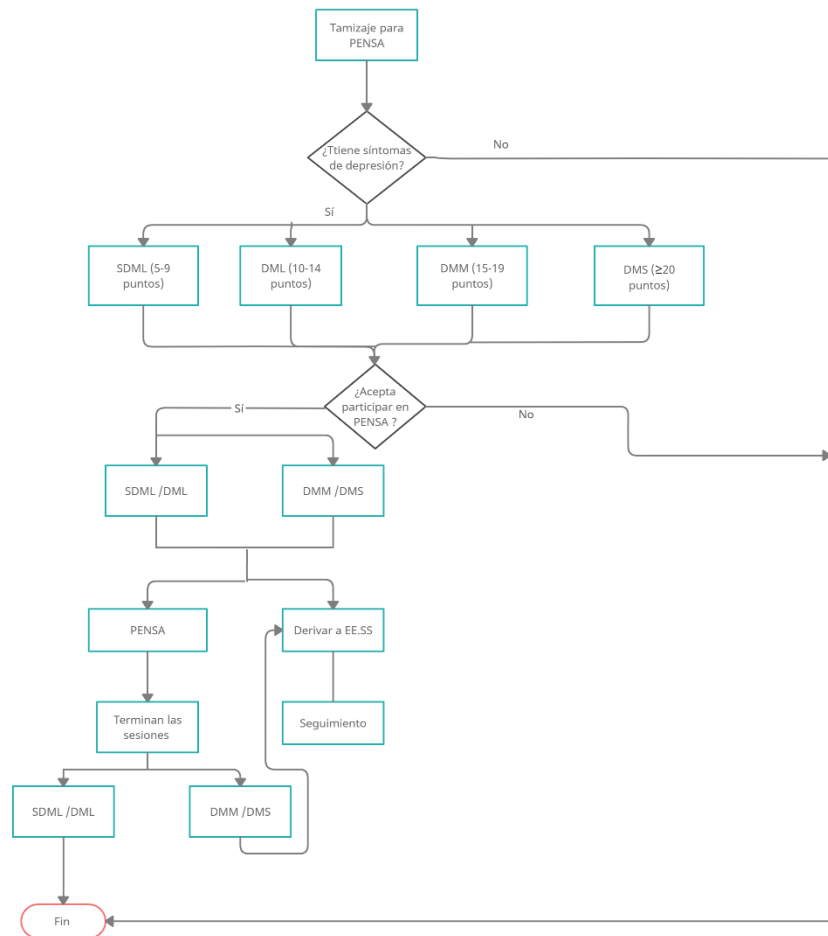


Gráfico 4. Flujo y tamizaje y enrolamiento en PENSA



#### 4.3.9 Entrega de sesiones



- a. **Programa Pensamiento Saludable (PENSA):** Esta estrategia está dirigida a mujeres gestantes que viven en condiciones de bajos recursos económicos y sobre todo que presentan síntomas de depresión. Cuenta con 16 sesiones individuales agrupadas en 5 módulos. No obstante, en este proyecto se brindará los 3 primeros módulos, ya que el estudio culmina en junio 2022. El primer módulo (1°, 2°, 3° y 4° sesión) será brindado 1 vez por semana, el segundo módulo (5°, 6° y 7° sesión) serán brindadas 1 vez cada 15

días y el tercer módulo (8°, 9° y 10° sesión) serán brindadas 1 vez al mes. Los módulos de PENSA se enfocan en: la preparación para la llegada del bebé, la llegada del bebé, primera infancia, etapa media de la niñez y etapa tardía de la niñez. Esta estrategia ha sido implementada en algunos de los EESS de la DIRIS Lima Norte en anteriores intervenciones, previa y durante la pandemia de COVID-19 de manera presencial y remota.

A cada madre gestante, que se incluye en la intervención y que recibe las sesiones de PENSA se le brindará un vale de alimentos de S/. 20.00 soles (veinte soles) por sesión asistida, hasta un máximo de 10 sesiones. En el caso que los beneficiarios residan en provincia y manifiesten dificultades para canjear los vales debido a la falta de acceso a estos establecimientos, se brindarán transferencias bancarias por el valor monetario total del vale. Este apoyo es en consideración al tiempo dedicado y los gastos incurridos por el uso de la línea telefónica para acceder a las sesiones virtuales.

- b. Enfrentando Problemas Plus (EP +):** Esta estrategia consiste en brindar 5 sesiones a cada usuario con el objetivo de reducir sus síntomas de depresión, angustia emocional y abordar los problemas prácticos de la vida cotidiana, permitiéndole desarrollar nuevas habilidades para responder apropiadamente al estrés y problemas que se le presenten. Está dirigida a usuarios mayores de edad, con diagnóstico de depresión mayor leve (DML) en el cuestionario PHQ-9 y residen en Lima Norte. Si se identifica algún usuario con problemas de salud mental de alta intensidad, serán referidos a las instituciones especializadas de salud mental de la zona; algunos ejemplos son usuarios con ideación o plan suicida, antecedentes de estar sufriendo algún evento traumático importante (por ejemplo, accidente, desastre natural, agresión, etc.), la muerte de una





persona significativa, necesidades agudas o graves como el riesgo de ser agredidos sexualmente, trastorno mental grave, trastornos neurológicos o por uso de sustancias.

Cada sesión tiene una duración de 90 minutos y se en intervalos una vez a la semana. Durante las sesiones, se realizará un repaso de la sesión anterior y, al finalizar, el participante completará una evaluación en el cuestionario PHQ-9. Las sesiones se realizarán en el tiempo que el usuario y el facilitador dispongan.

A los usuarios y proveedores (psicólogos) que participen de las sesiones de EP+, se les brindará un vale de alimentos S/20.00 (veinte soles) por su participación en cada sesión, hasta un máximo de 5 sesiones. En el caso que los beneficiarios residan en provincia y manifiesten dificultades para canjear los vales debido a la falta de acceso a estos establecimientos, se brindarán transferencias bancarias por el valor monetario total del vale. Este apoyo es en consideración al tiempo dedicado y los gastos incurridos por el uso de su línea telefónica para acceder a las sesiones virtuales.

- c. Supervisión de sesiones:** Las supervisiones de las sesiones entre el usuario y el profesional de salud especializado o no especializado, serán realizadas por psicólogos que pertenecen al proyecto. Estas supervisiones serán mediante videollamada o llamada por multiconferencia en caso la señal de internet WiFi tenga interferencias. El psicólogo estará durante la sesión con cámara y audio apagado; de ser necesario resolverá las consultas que surjan durante la sesión.

Durante la supervisión de la Estrategia EP+, se la aplicará la Ficha de Supervisión de Sesiones (SUSE) a la primera, tercera y quinta sesión. Esta ficha recolecta información sobre las etapas previa, de ejecución y finalización de la sesión. La supervisión de estrategia PENSA se realizará en las sesiones: 2, 7, 10, 13 y 16 por medio de



llamadas telefónicas y/o video llamada. Se utilizará el formulario de Evaluación a ACS en Campo (EVAC), cuyo objetivo es evaluar las habilidades presentadas por el proveedor de salud durante la sesión. Además, se utilizará la Ficha de Encuentro durante la Visita (FENC) que consiste en registrar lo observado por el proveedor de salud mental especializado y/o no especializado durante la sesión. En base a los resultados, el/la supervisora(a) podrá brindar retroalimentación al finalizar la sesión a través de una llamada telefónica.

Se les indicará las fortalezas y debilidades que ha mostrado en la sesión y se generará asimismo una pequeña discusión con el fin de que el proveedor de salud mejore su desenvolvimiento con el usuario y se obtengan mejores resultados al finalizar todas sus sesiones, tanto para el usuario, como para el proveedor de especializado y no especializado.

**d. Reevaluación de sesiones:**

Se realizarán reevaluaciones durante la entrega de sesiones. En la estrategia PENSA se evaluará a la usuaria en la octava o novena sesión usando el cuestionario PHQ-9, WHODAS, y en la última sesión Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). En EP+, se evaluarán los síntomas de depresión usando el cuestionario PHQ-9, durante todas las sesiones. Luego de un mes de haber terminado EP+, se volverá a evaluar usando el cuestionario PHQ-9 y el cuestionario WHODAS.

Las re-evaluaciones se realizan con el propósito de tomar decisiones correspondientes, como una derivación a EE.SS o Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC).



**4.3.10 Recolección de datos:**

La recolección de datos se realizará de manera remota durante todo el proyecto. Se recolectarán datos por medio de llamadas telefónicas que realizarán los profesionales del proyecto y la plataforma de aprendizaje

virtual. Todos los instrumentos, de recolección de datos serán trasladados a un formato digital e ingresados en la plataforma SEIS o CommCare. Todos los formatos pasarán un filtro de revisión de equipos para poder mejorar los contenidos. Desde el sistema SEIS o CommCare, solo los colaboradores del proyecto que tengan autorización previa tendrán acceso a ingresar los datos y a poder visualizarlos.

Se recopilará información durante la capacitación, (antes, y después del proceso de aprendizaje); en el proceso de entrega de los módulos de capacitación que se entregarán por la plataforma de aprendizaje y durante la entrega de las sesiones.

#### **4.3.11 Formación de un grupo de asesoría**

Esta actividad tiene el propósito de asegurar la equidad en participación y agencia en la estructura del servicio de salud mental. Se creará tres grupos de asesoría conformados por usuarios, agentes comunitarios de salud (ACS), y mujeres líderes de la comunidad. Cada grupo estará conformado por dos representantes. (1) Usuarios mayores de edad que reciban soporte psico-emocional en algún proyecto del programa de Salud Mental de SES; (2) ACS mayores de edad que colaboren en los proyectos de Salud Mental de SES; (3) mujeres líderes (actor social o profesional de salud) mayores de edad, tengan 5 años de experiencia colaborando en la comunidad de Lima Norte y no laboren en SES.

Los tres grupos se unirán a una reunión remota con miembros de los grupos asesores de las sedes de Liberia, México y Lesoto. En las reuniones se hablará de temas relacionados a la salud mental, comunidad, poblaciones vulnerables, accesibilidad a servicios, etc. En las reuniones se contará con traducción simultánea para que todos los participantes puedan comprender y sentirse libres de usar su lengua materna.



#### 4.3.12 Supervisión y monitoreo

Se llevará a cabo un proyecto de plausibilidad de métodos mixtos para evaluar la implementación y los resultados clínicos de los servicios, así como los resultados de la implementación del aprendizaje Colaborativo, utilizando el enfoque “RE-AIM”. Este acrónimo significa Alcance, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento, y está diseñado para evaluar la implementación de intervenciones basadas en evidencia para determinar el impacto en la salud pública y dar forma a los procesos de ampliación de la intervención. A través del marco RE-AIM, buscaremos:

- a. Medir la utilización de los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria de salud (Alcance)

Cada trimestre, un profesional en tecnología médica del equipo de Monitoreo & Evaluación (M&E) y Estadística de SES, recopilará, los datos de beneficiarios que han accedido a las intervenciones de salud mental. Los indicadores se ingresarán en una base de datos electrónica protegida con contraseña y se compilarán trimestralmente.

- b. Evaluar si un grupo de usuarios que reciben atención de salud mental experimentan mejoras significativas en su salud mental y bienestar (Efectividad)

Se realizará una evaluación prospectiva de resultados para evaluar si los usuarios que reciben atención de salud mental experimentan mejoras significativas en su salud mental y bienestar. Para ello, se realizarán evaluaciones en 3 puntos de tiempo:

- i. Línea base (antes de iniciar la intervención): En el mes de octubre 2021 se comenzará a tamizar y enrolar a



usuarios, para identificar si tienen un problema de salud mental y así seleccionarlos para que reciban la intervención Enfrentando Problemas Plus o Pensamiento saludable según el caso.

ii. Punto medio: A la mitad del tiempo que se esté brindando la estrategia EP+ o PENSA, se realizará otra evaluación para medir el progreso del usuario recibiendo cualquiera de las 2 intervenciones ya mencionadas. En la estrategia EP+ durante todas las sesiones se realiza la evaluación con el instrumento PHQ-9; y, en la estrategia PENSA se evalúa después de 2 meses y 15 días posterior al inicio de la intervención. Estas evaluaciones describen los progresos obtenidos a la mitad de la evaluación.

iii. Etapa final: Se evaluará al usuario para saber si al recibir EP+ logra disminuir los síntomas de su problema de salud mental que presentaba en la etapa inicial o si necesita derivación a un centro de salud especializado (en el caso de que sus síntomas, a pesar de recibir la intervención, no presenten mejoras o hayan incrementado). Respecto a EP+, se reevaluará al usuario después de 1 mes de haber concluido las 5 sesiones intervención (3 semanas después del punto medio); y en la estrategia PENSA solo se evaluará con PHQ-9 en su última sesión, pero no se reevaluará porque no alcanzará el tiempo del estudio.

A través de estos puntos de tiempo, se podrá tener un mejor panorama de las intervenciones entregadas a los usuarios.

Es importante enfatizar que los datos serán recopilados por un profesional de salud o ACS utilizando sistemas de recopilación de datos electrónicos usando una laptop o equipo celular. Además, si los usuarios no están presentes en las sesiones



remotas, un ACS o profesional de proyecto se comunicará con ellos para animarlos a continuar en las intervenciones.

Los resultados primarios serán los síntomas clínicos y el funcionamiento personal y social de los pacientes al ingresar a la evaluación y dos tiempos de evaluación durante el seguimiento y la finalización de las sesiones. Las medidas de resultado incluirán el PHQ-9 el cual se enfoca en conocer si el usuario presenta síntomas de depresión y Cuestionario de Funcionamiento personal y social (WHODAS), donde se visualiza qué dificultades ha tenido el usuario a nivel personal y social en los últimos 30 días.

Al finalizar las sesiones, 2-3 usuarios realizarán entrevistas semi-estructuradas mediante llamada telefónica o videollamada para poder conocer sobre su experiencia durante la intervención que recibieron por parte de los proveedores de salud.

- c. Evaluar si el equipo (personal de salud y administradores) utilizan adecuadamente la plataforma digital de aprendizaje, y la experiencia de los participantes usando la plataforma. (Adopción).

Para evaluar este objetivo se estudiará la viabilidad y utilidad de diversos componentes de las reuniones de aprendizaje colaborativo en salud mental.

- i. Capacitación: se evaluarán los resultados de la capacitación en base al plan de proyectos y la gestión del uso de la plataforma de aprendizaje usando entrevistas semiestructuradas y encuestas luego de haber culminado las capacitaciones. Los indicadores incluirán la cantidad de proveedores no especializados y especializados capacitados y la cantidad de ellos que experimentan un



cambio en el conocimiento, de acuerdo a lo evaluado en una encuesta antes y después de la capacitación. Los datos se extraerán de la plataforma de aprendizaje virtual.

- ii. Encuestas y entrevistas: se evaluará la adopción de los diversos componentes del aprendizaje colaborativo en salud mental mediante una encuesta y entrevista semiestructuradas al equipo de profesionales a lo largo del proyecto. Estas entrevistas y encuestas serán realizadas por el equipo de trabajo entre sedes.

Se encuestarán y entrevistarán a un grupo de 2-3 personas del equipo. Todos los datos de la encuesta se recopilarán a través de una herramienta de encuestas en línea. Se tomará la encuesta antes de la implementación del proyecto (antes del sexto mes), a la mitad de la implementación (mes 12) y posterior a la implementación (mes 18).

Asimismo, se evaluarán temas como el sistema de atención, la viabilidad de la digitalización de las plataformas de aprendizaje virtual, los planes de capacitación, la biblioteca de recursos, y brechas que existen para mejorar la participación en esta actividad. Las entrevistas serán grabadas y transcritas para su análisis.

Además, se recopilará el uso y colaboración con material curricular para el entrenamiento. Estos datos se extraerán de la plataforma de aprendizaje, y otras plataformas como Microsoft Teams y Zoom.



- d. Evaluar si los proveedores de salud especializado y no especializado realizan las intervenciones según lo previsto (Implementación).

Se han desarrollado indicadores específicos de calidad y fidelidad para hacer un seguimiento de la entrega de intervenciones en salud mental por parte de los proveedores de salud especializados y no especializados. Estos indicadores de implementación se recopilarán de manera rutinaria utilizando listas de verificación de supervisión (EVAC, SUSE).

Cada trimestre, se entregarán las listas de verificación de supervisión se recopilarán los datos de las supervisiones. Los indicadores cuantitativos del proceso para los propósitos de esta evaluación incluirán el porcentaje de visitas de supervisión completadas y el número de proveedores de salud especializados y no especializados que brindan las intervenciones en salud mental y reciben supervisión.

Indicadores de implementación de las intervenciones se recopilarán trimestralmente para evaluar la fidelidad de la implementación del proyecto. Los datos para cada indicador se ingresarán en registros en sistemas de manejo de data y aplicaciones móviles con el apoyo de los equipos de monitoreo.

Realizaremos entrevistas semiestructuradas con los proveedores de salud especializados y no especializados, incluidos los miembros del grupo de asesoría para comprender qué tan exitosos fueron las actividades de integración para fortalecer la entrega de intervenciones. Se discutirán temas como la supervisión clínica, entrega de sesiones y otros. A partir del



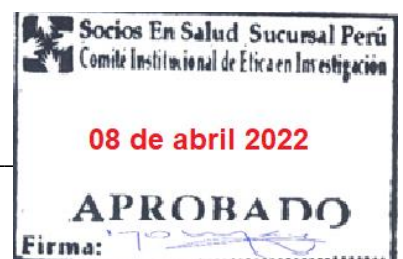
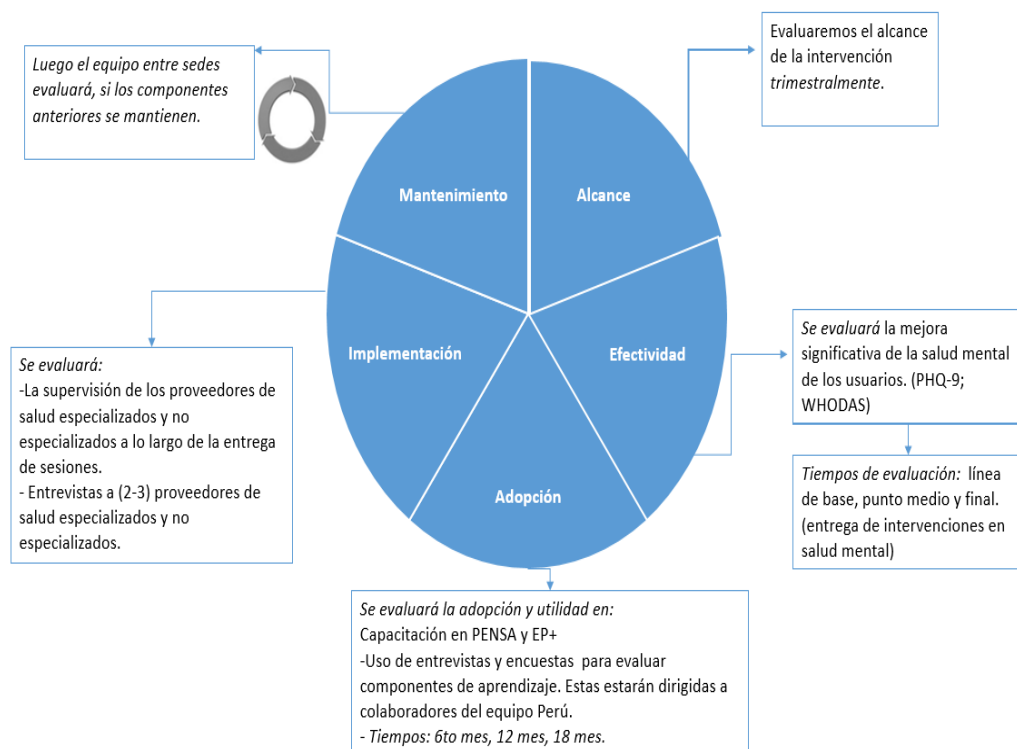


noveno mes de implementación se seleccionarán 2-3 personas que participen de las entrevistas.

- e. Evaluar si el equipo (profesionales de salud y administradores) continúan utilizando las intervenciones de salud mental en sus sistemas de atención de salud mental después de la implementación inicial (Mantenimiento).

Se medirá este objetivo al continuar midiendo los objetivos 1-4 seis meses después de la implementación para evaluar qué componentes se mantienen. La evaluación constante y el monitoreo continuo del aprendizaje colaborativo en salud mental, nos permitirá revisar rutinariamente las tendencias programáticas para realizar correcciones adecuadas en el curso del proyecto.

Gráfico 5. Supervisión y monitoreo RE-AIM

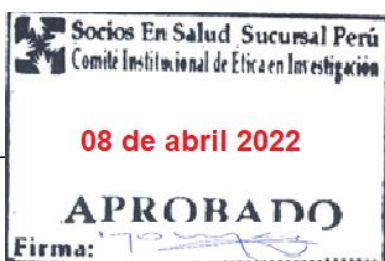


#### 4.4. Indicadores

A continuación, se presentan en la tabla N° 2 un listado de indicadores que se ha contemplado medir durante la implementación del presente proyecto.

Tabla 4. Descripción de indicadores y sus instrumentos

Sub-objetivo	Indicador
1. Implementar una plataforma virtual de aprendizaje para facilitar el acceso a espacios de intercambio con otras sedes de PIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° de plataformas implementadas</li> </ul>
2. Implementar un plan y diseño curricular en línea en dos intervenciones comunitarias para proveedores especializados y no especializados en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° de planes de capacitación implementados</li> </ul>
3. Desarrollar el entrenamiento de dos intervenciones de salud mental a través de una plataforma virtual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° de participantes que completan el entrenamiento en la plataforma de aprendizaje virtual</li> </ul>
4. Evaluar las competencias de los proveedores de salud especializados y no especializados que han participado en la capacitación a través de la plataforma virtual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° de proveedores de salud especializados y no especializados que presentan aumento en conocimientos, y disminución de estigma</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° de proveedores de salud especializados y no especializados que incrementan el uso de competencias básicas</li> </ul>
5. Evaluar la eficacia del entrenamiento a través de la reducción de problemas de salud mental en los usuarios que recibieron las	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° de usuarios que presentan una reducción en el puntaje del cuestionario PHQ-9 (Pre y post)</li> </ul>



intervenciones comunitarias por los proveedores de salud capacitados a través de la plataforma virtual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° intervenciones implementadas en Lima Norte.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de usuarios que culminan todas las sesiones del tratamiento.</li> </ul>

El cuestionario PHQ-9 cuenta con confiabilidad adecuada para su aplicación en el contexto peruano<sup>27,28</sup>. Para ambas intervenciones se está considerando como tiempo de evaluación la sesión final, siguiendo las experiencias de implementación anteriores <sup>29,30</sup>.

#### 4.5. Supervisión de actividades

La supervisión de las actividades va a ser realizada por el coordinador del proyecto. Además, será monitoreado un representante del área de monitoreo y evaluación de SES, quienes de forma inopinada van a verificar si se están cumpliendo las actividades del proyecto con calidad, efectividad y eficiencia. Semanalmente reportarán los resultados al coordinador y a los investigadores principales acerca de los hitos alcanzados en el proyecto.

Los monitores visitarán los lugares donde se realice el proyecto para revisar los registros individuales de los participantes, incluyendo los consentimientos informados, formulario de recojo de datos, datos de apoyo, y así asegurarse de que se proteja a los participantes del proyecto, se cumpla con el protocolo y se llenen los registros con exactitud. Los monitores también inspeccionarán los archivos regulatorios para asegurarse de que se estén siguiendo los requerimientos regulatorios.

El coordinador pondrá a disposición los documentos del proyecto para la revisión y verificación respectiva. La evaluación del monitoreo será compartida mediante reportes mensuales con el coordinador del proyecto para revisar los hallazgos y completar las medidas correctivas/preventivas según sea necesario.



#### 4.6. Variables del estudio

Durante la presente intervención, se realizará una medición de diversas variables, que se describen a continuación:

- a. Habilidades de ayuda básica:
  - i. Definición operativa: competencias necesarias para poder brindar sesiones de manera eficiente.
  - ii. Cómo fue medida y/o cómo se recolectó el dato: Se obtiene las calificaciones a partir de los juegos de roles realizados entre el proveedor de salud.
  - iii. Tipo de variable y de su escala de medición: Variable categórica nominal
  - iv. El instrumento del cual proviene: ENACT <sup>24</sup>
  - v. Confiabilidad: El Alpha de Cronbach obtenido a partir de las calificaciones de los expertos es .89.
  - vi. Las re-categorizaciones o transformaciones aplicadas a las variables: no aplica
  - vii. El formato final de la variable, y sus valores posibles: El formato es digital y cuenta con 4 niveles de calificación y se pueden seleccionar los atributos que cumplen en los juegos de roles. Los niveles son: Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4.
  
- b. Perspectivas sobre la utilidad y viabilidad del aprendizaje colaborativo a partir de encuestas y entrevistas cualitativas:
  - i. Definición operativa: perspectivas sobre la utilidad y viabilidad del proceso de aprendizaje colaborativo.
  - ii. Cómo se midió y/o cómo se recogieron los datos: a través de encuestas y entrevistas semiestructuradas.
  - iii. Tipo de variable y su escala de medición: Variable categórica nominal y cualitativa.



- iv. El instrumento del que se deriva: encuestas y entrevistas.
  - v. Confiabilidad: No aplicable
  - vi. Re-categorizaciones o transformaciones aplicadas a las variables: No aplicable.
  - vii. El formato final de la variable y sus posibles valores: Las encuestas son de opción múltiple y de relleno de texto.
- c. Prueba pre/post conocimiento en salud mental en la capacitación:
- i. Definición operativa: conocimiento de las intervenciones de salud mental antes y después de la capacitación
  - ii. Forma de medir y/o recoger los datos: mediante las puntuaciones del test pre y post formación.
  - iii. Tipo de variable y su escala de medición: variable discreta.
  - iv. Instrumento del que se deriva: prueba de referencia y prueba final en la plataforma de aprendizaje.
  - v. Fiabilidad: No aplicable
  - vi. Las recategorizaciones o transformaciones aplicadas a las variables: No aplicable
  - vii. El formato final de la variable, y sus posibles valores: Aprobado ( $\leq 11-20$ ) y suspenso ( $< 11$  puntos).
- d. Otras co-variables relevantes

Tabla 3. Descripción de co-variables



Co- Variables	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valores Finales o Categorías	Criterios de Medición de las	Fuente de Información
Edad	Años de vida que tiene el participante al realizar ser capacitado.	Variable numérica expresada en años	No aplica	No aplica	No aplica	Cuestionario en Tovuti
Lugar de residencia	Distritos de Lima en los que el participante reside.	Variable categórica nominal	No aplica	Distritos de Lima	No aplica	Cuestionario en Tovuti
Sexo	Es una condición orgánica que distingue al hombre y a la mujer.	Variable categórica nominal	No aplica	1= Hombre; 2= Mujer	No aplica	Cuestionario en Tovuti
Violencia	Evento de violencia de cualquier tipo percibido por el usuario.	Variable categórica dicotómica	No aplica	1= Sí; 2= No	No aplica	FVI
Ocupación	Tipo de profesión o actividad en el que se desempeña el proveedor de salud especializado y no especializado	Variable cualitativa nominal	No aplica	1= agente comunitario de salud; 2= médicos; 3= psicólogo; 4= enfermeros; 5= obstetra; 6= odontólogos; 7= biólogos; 8= ingenieros sanitarios; 9= nutricionista; 10= químicos farmacéuticos; 11= tecnólogos médicos; 12= químicos; 13= trabajadores sociales.	No aplica	Cuestionario en Tovuti

#### 4.7. Procesamiento y análisis estadístico

Se realizará en dos fases:

##### a. Análisis cuantitativo:

El registro de los datos se realizará en la plataforma web del sistema de información de SEIS de SES y la plataforma de aprendizaje virtual. Los análisis estadísticos se llevarán a cabo utilizando el paquete estadístico STATA versión 15. Se describirá la información demográfica de la muestra de participantes. Se calculará frecuencias relativas de las variables categóricas para describir las diferencias entre las frecuencias antes y después de la intervención. Además, se analizará las medidas de tendencia central y dispersión según el cumplimiento de normalidad para hacer las comparaciones entre grupos. Con respecto a las variables de interés (habilidades de ayuda básica, perspectivas de utilidad y viabilidad, y puntajes pre/post de conocimientos en salud mental), estos datos serán reportados de manera descriptiva, describiendo y comparando los scores de las mismas antes y después de la implementación del plan de capacitación. A continuación, se describen algunos análisis realizados parte del seguimiento de actividades.



- i. Se comparará cada indicador enumerado por trimestre con las estimaciones objetivo para evaluar las tendencias en la cobertura y el alcance de nuestra intervención durante el período de implementación. Presumimos que observaremos un aumento en la utilización de los servicios al final de la implementación en comparación con la línea de base, lo que representa un aumento en la aceptación de los servicios de salud mental.
- ii. Usaremos regresión logística multivariable para identificar covariables (como edad y sexo) asociadas con puntuaciones mejoradas en el punto final en comparación con la línea de base.
- iii. También calcularemos si hay un cambio significativo en la puntuación de la persona en el punto medio y final en comparación con la línea de base para todas las medidas de resultado utilizando un modelo longitudinal de efectos mixtos.
- iv. Para dar cuenta de aquellos que no continúan con las sesiones, se realizará un análisis de la ponderación de probabilidad inversa para calcular un cambio medio ponderado en la puntuación.
- v. Respecto a las capacitaciones: se evaluará la proporción de personas que han mejorado sus conocimientos (una puntuación posterior a la prueba de más del 80%) como resultado de la capacitación.
- vi. Respecto a las encuestas: las encuestas individuales con <20% de preguntas completas se clasificarán como incompletas y se excluirán. Se utilizarán estadísticas descriptivas con pruebas de significancia utilizando pruebas de chi-cuadrado o pruebas de t-student de dos colas para medir la diferencia entre la línea de base, punto medio y punto final para las variables dicotómicas y continuas, respectivamente. También buscaremos analizar las encuestas para buscar temas clave



para la mejora del programa y abordaje de las barreras en la implementación y la adopción. Para medir el uso de recursos colaborativas, se usará otra encuesta que se aplicará trimestralmente y se plantea que exista un aumento de la utilización de recursos en comparación con la línea base.

**b. Análisis cualitativo:**

La metodología que se utilizará es el análisis temático, debido a que este permite identificar, organizar y analizar en detalle la información obtenida para poder inferir resultados que brinden una adecuada interpretación del proyecto<sup>31</sup>. Por lo tanto, las entrevistas serán grabadas y transcritas a un documento en Word. Luego, se desarrollará un libro de códigos de acuerdo a los temas principales del proyecto. Se llevará a cabo la codificación usando el software Nvivo o Dedoose. Posteriormente, se obtendrán las citas correspondientes a cada código para poder realizar un resumen.

**4.8. Tamaño de muestra**

Se realizará un muestreo por conveniencia del cual se obtendrá a los proveedores de salud especializados y no especializados, siendo un total de 158 participantes. La muestra estará representada por 79 proveedores de salud especializados y por 79 proveedores de salud no especializados (ACS).

**5. Aspectos éticos**

Se ha previsto un riesgo mínimo de las actividades del proyecto. Asimismo, se considera que las actividades serán realizadas de forma remota y con seguimiento constante por parte de los profesionales de salud.



El proyecto contará con Consentimientos Informados que serán realizados por los psicólogos del proyecto para poder informar a los participantes de las actividades y garantizar la confidencialidad de la información recolectada. Los profesionales del proyecto realizarán la toma de consentimiento vía telefónica. En la llamada el



profesional del proyecto explicará el consentimiento al participante y resolverá sus dudas. Si el participante desea pasar por la actividad se le enviará vía e mail o WhatsApp una copia del consentimiento informado con la firma y fecha.

Si durante la entrega de sesiones algún usuario experimentase angustia extrema u otro problema de salud mental que amerite la atención urgente y especializada, se realizará la derivación a los establecimientos de salud cercanos a su domicilio. Se procederá de manera similar si un proveedor de salud especializado, proveedor de salud no especializado, o miembro del equipo de trabajo.

Asimismo, el equipo de profesionales de proyecto realizará seguimiento a los usuarios que se encuentren en el proceso de recibir atenciones de salud mental, atenciones médicas o asistencia de protección (frente a situaciones de violencia).

La recolección de datos se realizará mediante una plataforma segura a la cual solo tendrán acceso los profesionales del proyecto y el soporte técnico. Luego, los datos serán codificados dentro de las bases. De esta manera, los resultados y bases no contarán con datos sensibles y de identificación de los participantes.

## 6. Difusión de la información

Para difundir información obtenida en el proceso de implementación de proyecto, el desarrollo de planes de capacitación para proveedores de salud especializados y no especializados y la entrega de intervenciones en salud mental, se participará en un Webinar de salud mental. Estas actividades serán informadas previamente al financiador del proyecto, Grand Challenges Canada.

## 7. Presupuesto y financiamiento general

El proyecto cuenta con dos fuentes de financiamiento *Grand Challenges Canada* y *Many Voices*. A continuación, se presenta un cuadro con la distribución del financiamiento.



Tabla 4. Presupuesto del proyecto desde 31 Diciembre 2020 – Junio 2022.

### Presupuesto Perú - GCC

Categorías del Donante	Año1 (USD)	Año2 (USD)	Total (USD)	%
Salarios	106,417.21	44,335.33	<b>150,752.53</b>	84%
Viajes	1,090.80	363.60	<b>1,454.40</b>	1%
Equipamiento	6,000.00	0.00	<b>6,000.00</b>	3%
Materiales y suministros	3,180.00	978.00	<b>4,158.00</b>	2%
Subcontratista	9,986.00	0.00	<b>9,986.00</b>	6%
Administración	6,268.50	330.00	<b>6,598.50</b>	4%
<b>Total Directos</b>	<b>132,942.51</b>	<b>46,006.93</b>	<b>178,949.43</b>	<b>100%</b>

### Presupuesto Perú - MV

Categorías del Donante	Año1 (USD)	Año2 (USD)	Total (USD)	%
Salarios	43,721.16	21,226.97	<b>64,948.13</b>	47%
Viajes	6,700.00	4,020.00	<b>10,720.00</b>	8%
Equipamiento	2,500.00	0.00	<b>2,500.00</b>	2%
Materiales y suministros	30,062.50	16,906.25	<b>46,968.75</b>	34%
Administración	6,785.00	7,000.00	<b>13,785.00</b>	10%
<b>Total Directos</b>	<b>89,768.66</b>	<b>49,153.22</b>	<b>138,921.88</b>	<b>100%</b>



## 8. Cronograma general

Gráfico 6. Cronograma del proyecto

Actividades	Ene-21	Feb-21	Mar-21	Abr-21	May-21	Jun-21	Jul-21	Aug-2021	Sep-2021	Oct-21	Nov-21	Dec-2021	Ene-22	Feb-22	Mar-22	Abr-22	May-22	Jun-22
Participar en el planeamiento de actividades en coordinación con otros países	x																	
Diseño de herramientas administradas y de supervisión	x	x																
Diseño de protocolo de investigación			x	x														
Presentación de Protocolo al CIEI					x	x	x											
Creación de instrumentos para la recolección y evaluación de datos					x	x	x	x										
Creación de materiales instruccionales y de capacitación					x	x	x	x										
Diseño y creación de plataforma educativa virtual					x	x	x	x										
Selección de participantes en el entrenamiento								x										
Entrenamiento en intervenciones de salud mental de forma remota									x	x								
Inicio de intervenciones											x	x	x	x	x	x	x	x
Tamizaje y enrolamiento										x	x	x	x	x	x	x		
Reevaluación de usuarios													x	x	x	x		
Análisis y publicación de resultados																x	x	x

## 9. Potenciales limitaciones

En el transcurso de la realización de un proyecto, suelen presentarse limitaciones, por lo que a continuación se plantean los posibles escenarios que podrían presentarse:

- Debido a la pandemia, será complicado tener el acceso a gestantes, por lo que se deberá de mantener redes de contacto con los distintos EESS de la DIRIS Lima Norte y de las instituciones correspondientes en las diferentes regiones. Ello con el fin de solicitar la colaboración de las especialistas en la entrega de datos de gestantes y así poder invitarlas a participar de la intervención.
- Los participantes podrían tener dificultades para usar la plataforma de aprendizaje virtual, por ello se contará con un profesional de soporte técnico que pueda resolver dudas y guiar a los participantes. Asimismo, se proporcionará material que les permita acceder de manera más fácil a ella.
- Los proveedores de salud especializados y no especializados tienen horarios distintos de estudio, por lo que se propone establecer cada



módulo de capacitación flexibles con el límite de tiempo para realizar las tareas correspondientes y así cada uno pueda adecuar su horario.

- d. Posiblemente tengamos usuarios que se retiren de sus sesiones, por lo que se asesorará a los proveedores de salud especializados y no especializados para que puedan hacer un seguimiento constante a sus usuarios y así se genere un ambiente de confianza entre ellos y los problemas de retiro sean menores.
- e. Si los usuarios de EP+ y PENSA no terminarán sus sesiones en el mismo tiempo, la entrega de vales a los proveedores de salud especializados y usuarios podría retrasar. Para solucionarlo, se organizarán grupos de entrega de vales de acuerdo a la disponibilidad de los recursos.
- f. Se reconoce que, durante el proceso de evaluación de habilidades de ayuda básica, la calificación se realiza en base a la observación que hacen los evaluadores lo cual podría verse afectado por la atención, memoria, interrupciones de señal y audio.

## 10. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Enfrentando problemas plus (EP +): ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad. Organización Mundial de la Salud; 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. Pensamiento Saludable [Internet]. 1st ed. 2015. 180 p. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28417/9789275318997\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28417/9789275318997_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Dawson KS, Bryant RA, Harper M, Kuowei Tay A, Rahman A, Schafer A, et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. World Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 15];14(3):354–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/wps.20255>



4. Dawson KS, Schafer A, Anjuri D, Ndogoni L, Musyoki C, Sijbrandij M, et al. Feasibility trial of a scalable psychological intervention for women affected by urban adversity and gender-based violence in Nairobi. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 15];16(1):410. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1117-x>
5. Hamdani SU, Huma Z-, Rahman A, Wang D, Chen T, van Ommeren M, et al. Cost-effectiveness of WHO Problem Management Plus for adults with mood and anxiety disorders in a post-conflict area of Pakistan: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 15];217(5):623–9. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identif ier/S0007125020001385/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identif ier/S0007125020001385/type/journal_article)
6. Bryant RA, Schafer A, Dawson KS, Anjuri D, Mulili C, Ndogoni L, et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: A randomised clinical trial. Tsai AC, editor. *PLoS Med* [Internet]. 2017 Aug 15 [cited 2021 Apr 15];14(8):e1002371. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1002371>
7. Sangraula M, Turner EL, Luitel NP, van 't Hof E, Shrestha P, Ghimire R, et al. Feasibility of Group Problem Management Plus (PM+) to improve mental health and functioning of adults in earthquake-affected communities in Nepal. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 15];29:e130. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identif ier/S2045796020000414/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identif ier/S2045796020000414/type/journal_article)

8. Colta Camuendo MA, Mena Cisneros NC. Implementación de la estrategia de pensamiento saludable en mujeres del Centro de Salud Anidado Otavalo



diagnosticadas de depresión perinatal nivel en el periodo enero 2019 - marzo 2019. PUCE-Quito; 2019.

9. Fuhr DC, Weobong B, Lazarus A, Vanobberghen F, Weiss HA, Singla DR, et al. Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 10];6(2):115–27. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036618304668>
10. Sikander S, Ahmad I, Atif N, Zaidi A, Vanobberghen F, Weiss HA, et al. Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through volunteer peers: a cluster randomised controlled trial in Pakistan. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 11];6(2):128–39. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221503661830467X>
11. Coleman, S. F., Mukasakindi, H., Rose, A. L., Galea, J. T., Nyirandagijimana, B., Hakizimana, J., Bienvenue, R., Kundu, P., Uwimana, E., Uwamwezi, A., Contreras, C., RodriguezCuevas, F. G., Maza, J., Ruderman, T., Connolly, E., Chalamanda, M., Kayira, W., Kazoole, K., Kelly, K. K., Wilson, J. H., Houde, A. A., Magill, E. B., Raviola, G. J., & Smith, S. L. (2021). Adapting Problem Management Plus for Implementation: Lessons Learned from Public Sector Settings Across Rwanda, Peru, Mexico and Malawi. *Intervention*, 19(1), 58-66.
12. Canale SD, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Academic Medicine* [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 15];87(9):1243–9. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201209000-00026>



13. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients: Academic Medicine [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 15];86(3):359–64. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201103000-00026>
14. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 14];14(3):270–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/wps.20238>
15. Abbasi S, Ayoob T, Malik A, Memon SI. Perceptions of students regarding E-learning during Covid-19 at a private medical college. Pak J Med Sci [Internet]. 2020 May 9 [cited 2021 Apr 15];36(COVID19-S4). Available from: [10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2766](https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2766)
16. CDC, 2020. Sharing and Shifting Tasks to Maintain Essential Healthcare During COVID-19 in Low Resource, non-US settings. Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/task-sharing.html>
17. OMS, 2008. Task shifting: rational distribution of task among health care workforce teams. Disponible en: [https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting\\_guidelines/en](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en)  
[https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting\\_guidelines/en/](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/)
18. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. Rev Epidem Med Prev. 2003;1(1):3–7.
19. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 29];35(1):227–32. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en)



20. Alloatti MN. Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales. In 2014 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/108403>
21. Browne K. Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. International Journal of Social Research Methodology [Internet]. 2005 [cited 2021 Apr 29];8(1):47–60. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000081663>
22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med [Internet]. 2001 [cited 2021 Apr 9];16(9):606–13. Available from: <http://link.springer.com/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry [Internet]. 1987 [cited 2021 Apr 9];150(6):782–6. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000214712/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000214712/type/journal_article)
24. Kohrt BA, Jordans MJD, Rai S, Shrestha P, Luitel NP, Ramaiya MK, et al. Therapist competence in global mental health: Development of the ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. Behaviour Research and Therapy [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 9]; 69:11–21. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796715000480>
25. Bolivar-Paredes E, Villanueva-Ruska A. Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ- 27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General – 2015. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2017 Sep 29 [cited 2021 Apr 9];80(3):165. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3153>





26. Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*, 44(2), 162–179.
27. Huarcaya-Victoria J, De-Lama-Morán R, Quiros M, Bazán J, López K, Lora D. Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020 Jul 15 [cited 2021 Jul 8];83(2):72–8. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3749>
28. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. Blanch A, editor. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 Sep 9 [cited 2021 Jul 8];14(9):e0221717. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0221717>
29. Eappen BS, Aguilar M, Ramos K, Contreras C, Prom MC, Scorza P, et al. Preparing to launch the ‘Thinking Healthy Programme’ perinatal depression intervention in Urban Lima, Peru: experiences from the field. *Glob Ment Health* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 7];5:e41. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2054425118000328/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2054425118000328/type/journal_article)
30. Rodriguez-Cuevas FG, Valtierra-Gutiérrez ES, Roblero-Castro JL, Guzmán-Roblero C. Living Six Hours Away from Mental Health Specialists: Enabling Access to Psychosocial Mental Health Services Through the Implementation of Problem Management Plus Delivered by Community Health Workers in Rural Chiapas, Mexico. *Intervention* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Apr 15];19(1):75. Available from: <https://www.interventionjournal.org/article.asp?issn=1571-8883;year=2021;volume=19;issue=1;spage=75;epage=83;aulast=Rodriguez-Cuevas;type=0>
31. Braun V. & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3 (2): 77–101.



## 11. Anexos

### 11.1 Anexo 1: Instrumentos de recolección de los datos

Se adjuntan los CRFs del proyecto.

### 11.2 Anexo 2-8: Consentimientos informados

Se adjuntan los Consentimientos informados.

