

Evaluation of Attitudes and Changes in Practice Among Non-specialized Mental Health Professionals

Recibido: 13/11/2023

Aceptado: 07/02/2024

Publicado: 15/06/2024

María Paula Usta Yabrudy¹, Eduardo Ignacio Navarro Jiménez², Carmen Cecilia Laborde Cárdenas³, Geraldine Paola Morales Jiménez⁴, Vicente Javier Clemente-Suárez⁵, Luis Luque Narváez⁶ y Jannette Godoy Espinosa⁷

Resumen

Introducción: la OMS lanzó el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en 2008 y en 2010 la Guía de Intervención para proporcionar elementos basados en evidencia, para la evaluación y el manejo de trastornos prioritarios en salud mental en países de bajos y medianos ingresos. Esta revisión tiene como objetivo describir la experiencia de la implementación de dicho programa en Colombia y resaltar el enfoque de redistribución de tareas en la atención primaria por parte de profesionales no especializados en salud mental y la medición de su conocimiento y competencias e identificar las aplicaciones de la estrategia mhGAP en diferentes contextos geográficos y sociales. **Métodos:** se hizo una revisión de la bibliografía sobre experiencias de implementación de mhGAP en las bases de datos Pubmed, Scopus, Biblioteca virtual en salud y el campo virtual de salud pública de la Organización Panamericana de la Salud. **Resultados:** se encontraron 36 estudios, 3 de los cuales se desarrollaron en América. En Colombia se han capacitado aproximadamente 2.400 profesionales no especializados en salud mental a través de convenios entre la OPS, el Ministerio de Salud y diversas universidades. **Conclusiones:** no se ha evaluado si la formación en mhGAP ha mejorado las competencias clínicas de diagnóstico, las actitudes hacia las personas con trastornos mentales y los cambios en la práctica de profesionales no especializados y su impacto en la reducción de la necesidad no atendida de tratamiento a personas con trastornos mentales. Es importante realizar más investigaciones sobre implementación de mhGAP en el contexto social y cultural.

Palabras clave: atención primaria de salud, salud mental, países en desarrollo, barreras de acceso a los servicios de salud, conocimientos, actitudes y práctica en salud, competencia clínica.

Abstract

Introduction: the WHO launched its Health Gap Action Program in 2008, and the Intervention Guide in 2010, which provides evidence-based elements for the evaluation and management of priority mental health disorders in low- and middle-income countries. This review aims to describe the experience of the implementation of the Program in Colombia and highlight the approach of redistribution of tasks in primary care by professionals not specialized in mental health and the measurement of their knowledge and competencies and identify the applications of the mhGAP strategy in different geographic and social contexts. **Methodology:** review of the literature on mhGAP implementation experiences in the databases Pubmed, Scopus, Virtual Health Library and the virtual public health field of the Pan American Health Organization. **Results:** 36 studies were found, 3 of them developed in the Americas region. In Colombia, approximately 2,400 professionals not specialized in mental health have been trained, through agreements between PAHO, the Ministry of Health and universities. **Conclusions:** it has not been evaluated whether mhGAP training has improved clinical diagnostic skills, attitudes towards people with mental disorders and changes in the practice of non-specialist professionals and its impact on reducing the unmet need for treatment of people with mental disorders. It is important to conduct more research on mhGAP implementation in the social and cultural context.

Keywords: Primary health care, Mental health, Developing countries, Barriers to health services access, Knowledge, Attitudes and practice in health, Clinical competence.

- 1 Psiquiatra, Asociación Colombiana de Psiquiatría. <https://orcid.org/0009-0006-6445-4927>. mapausta@gmail.com.
- 2 Docente de la Universidad Libre, seccional Barranquilla. <https://orcid.org/0000-0002-8171-662X>. eduardoi.navarro@unilibre.edu.co.
- 3 Investigadora de la Universidad Simón Bolívar. <https://orcid.org/0000-0001-6225-8072>. cacelaca@gmail.com.
- 4 Investigadora de la Universidad Simón Bolívar. <https://orcid.org/0009-0001-2806-4212>. geripao_12@hotmail.com.
- 5 Investigador de la Universidad de la Costa. <https://orcid.org/0009-0001-2806-4212>. vctxente@yahoo.es.
- 6 Investigador de la Universidad de la Costa. <https://orcid.org/0009-0001-2806-4212>. lucaluna2011@hotmail.com.
- 7 Investigadora de la Universidad del Magdalena. <https://orcid.org/0000-0002-2944-9181>. jannette.ivonne@gmail.com.

DOI: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.1.12000>

Open Access



Introducción

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar de los individuos, entendiendo que no hay salud física sin salud mental; por lo tanto, el componente mental es fundamental para la salud (1). Los trastornos mentales se reconocen como un problema de salud pública en países con alto y bajo desarrollo económico. El impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas entre 2011 y 2030 será de US\$ 16,3 billones (2).

La necesidad no atendida en servicios de salud mental (o brecha de tratamiento, en inglés care gap) es alta en todos los países del mundo, pero más grave en los países de bajos y medianos ingresos (LMIC) (3). Una de cada 10 personas tiene un problema de salud mental y solo el 1% de los trabajadores de la salud brinda servicios de salud mental (4). Se calcula que entre el 76% y el 85% de personas con trastornos mentales graves en LMIC y entre un 30 a 50% en países de altos ingresos no reciben tratamiento. En un estudio realizado en Latinoamérica, los países con mayor brecha de tratamiento para cualquier trastorno en salud mental fueron: Colombia (86%), Guatemala (84,9%), México (81,4%) y Brasil (78,1%) (5). Esto indica la baja proporción de personas que reciben la atención de salud mental necesaria (6).

Integración de la salud mental en la atención primaria

Los sistemas de salud de países de bajos y medianos ingresos, como Colombia, frecuentemente presentan limitaciones en el cubrimiento de la atención en salud mental para su población. En el marco de las necesidades de atención en salud en Colombia, el gobierno nacional emitió la Ley Estatutaria de Salud. También se sancionó la Política Nacional de Salud Mental (2018) y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019), con el fin de resaltar la salud mental como prioridad en la agenda de gestión para la salud pública, procurando condiciones óptimas de equilibrio y bienestar para todas las personas residentes en Colombia.

Para mejorar el acceso a atención de salud mental se requiere un enfoque de redistribución de tareas en la atención primaria (7). Este enfoque consiste en que los trabajadores de la salud y profesionales sanitarios no especializados puedan asumir, bajo supervisión, algunas funciones de los roles tradicionalmente asumidos por especialistas en salud mental (psiquiatras), quienes brindan a los profesionales no especializados supervisión, consulta, actualización, entrenamiento y referencia. La integración de los servicios de salud mental en la atención primaria es una de las características de los enfoques de redistribución de tareas (8).

En la década de los noventa del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó y actualizó este enfoque mediante el programa de reducción de brechas en salud mental (mhGAP), iniciativa que contiene pautas de intervención, materiales de capacitación y supervisión, y recomendaciones de implementación para trabajadores de atención primaria

y administradores de salud, con el propósito de integrar los procesos farmacológicos, las intervenciones psicológicas en la atención de rutina y diagnóstico clínico oportuno, y el tratamiento adecuado de pacientes (9).

En el año 2010, la OMS elaboró la Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, con el propósito de ayudar a ejecutar el mhGAP (8). Posteriormente, en 2016, se introdujo la versión actual. La GI-mhGAP se elaboró para aplicarse en el nivel de atención de salud no especializada. Está dirigida a los profesionales de atención de salud (médicos generales, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y, en algunos contextos, parteras y curanderos). Su propósito es facilitar las intervenciones por parte de los profesionales no especializados, que previamente se encuentran sobrecargados laboralmente. La GI-mhGAP incluye una guía sobre intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos considerados prioritarios (4).

El impacto de integrar el tratamiento psiquiátrico y neurológico en ambientes de atención primaria a través de mhGAP ha variado ampliamente en los países en los que se ha implementado. En la actualidad existen iniciativas sobre modelos de capacitación y resultados relacionados con el conocimiento, las actitudes y competencias de los trabajadores de atención primaria después de participar en mhGAP o programas similares en países de bajos ingresos económicos (4,8), teniendo en cuenta las 12 competencias básicas, que según la OMS deben alcanzar los trabajadores de la salud capacitados en mhGAP (tabla 1).

Tabla 1. Competencias básicas para trabajadores de la salud capacitados en mhGAP

Competencia	Descripción	Dominio
1	Promueve el respeto y la dignidad de las personas con condiciones mentales	Actitud
2	Conoce las presentaciones comunes de las enfermedades mentales prioritarias	Conocimiento
3	Conoce los principios de evaluación de las condiciones mentales	
4	Conoce los principios de gestión de las condiciones mentales	
5	Utiliza habilidades de comunicación efectiva en todas las interacciones con personas con condiciones mentales	Habilidades
6	Realiza una evaluación de condiciones prioritarias en salud mental	

Competencia	Descripción	Dominio
7	Evalúa y maneja las condiciones físicas de las personas con afecciones en salud mental	Habilidades
8	Evalúa y gestiona situaciones de emergencia de condiciones prioritarias de salud mental	
9	Provee intervenciones psicosociales y de atención para personas con una condición prioritaria de salud mental	
10	Ofrece intervenciones farmacológicas apropiadas cuando es necesario al tratar condiciones prioritarias de salud mental en poblaciones vulnerables	
11	Planifica y realiza el seguimiento de las condiciones prioritarias en salud mental	
12	Se remite a especialistas y consulta agencias externas para las condiciones prioritarias de consumo de sustancias (MNS) cuando corresponda y halla disponibilidad	

Fuente: Adaptado de *mhGAP Training Manuals for the mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings – Version 2.0 (2017)*.

Al centrarse en el interrogante de cómo entrenar mejor y supervisar a los trabajadores de atención primaria, surge la cuestión de cómo evaluar de manera confiable y válida la competencia adecuada para que el profesional brinde a los pacientes una atención en salud mental de manera segura y efectiva (8). La competencia se refiere a 'la medida en que un médico –o en este caso, otro trabajador de salud- tiene el conocimiento y la habilidad requeridos para entregar un tratamiento al estándar necesario para que logre los efectos esperados (8). La competencia consta de factores como las actitudes hacia las personas con problemas de salud mental (por ejemplo, el estigma entre los trabajadores de atención primaria); el conocimiento, se refiere a los estudios teóricos de las condiciones y tratamientos específicos de las condiciones clínicas. Esto generalmente se evalúa con cuestionarios de opción múltiple o preguntas de verdadero o falso, así como el test del curso mhGAP (9). El siguiente nivel es saber cómo, respecto al conocimiento aplicado, que generalmente se evalúa con casos clínicos en los que los trabajadores de salud hacen diagnósticos y recomendaciones de tratamiento de forma escrita (9).

En mhGAP, la competencia se evalúa a través de juegos de roles estructurados, en los que se han estandarizado pacientes "simulados", quienes representan una condición, y los trabajadores de salud interactúan con este paciente para crear un diagnóstico y un plan de tratamiento, mientras el proceso de interacción se observa (en vivo o mediante grabaciones) para incrementar el rendimiento clínico (8).

La mayoría de los programas de capacitación y supervisión para trabajadores de atención primaria en LMIC – incluyendo a mhGAP – se basan en evaluaciones de actitud y pruebas de conocimiento auto informadas (4, 8), y a las que no, se les hace seguimiento luego de finalizado el curso, lo cual tiene, por supuesto, limitaciones en su impacto real en la comunidad. La competencia ha recibido una atención limitada, a pesar de las recomendaciones de la OMS y otras organizaciones internacionales para que se mida después de que los participantes han realizado el curso y lo aprueban (9).

Discusión

Existen pocos estudios de evaluación del uso de GI-mhGAP en LMIC. La mayoría se han realizado en LMIC de África y Asia (10). Estos estudios son necesarios para identificar barreras y facilitadores en el uso de GI-mhGAP e informar resultados de adaptaciones de la guía e implementaciones locales, regionales y nacionales. Una revisión sistemática encontró 15 cursos de capacitación, 9 implementaciones clínicas de mhGAP, 3 adaptaciones locales de la guía, 3 modelos económicos, 2 ensayos clínicos y una escala de calificación (4). En 2023, Agudelo-Hernández et al, después de un proceso de implementación de la estrategia mhGAP en el departamento del Chocó, encontraron barreras y desafíos de orden social, geográfico, político, cultural y en la administración en salud (11). Entre 2019 y 2020 se desarrollaron dos estudios América: La implementación de mhGAP en una zona rural de México (12), y la experiencia de la integración de la salud mental en la atención primaria de niños y adolescentes chilenos. Chile es el país de la región que ha capacitado el mayor número de profesionales no especializados en mhGAP (13).

La capacitación del personal de atención primaria en salud mental, como la realizada mediante el programa mhGAP, es fundamental para mejorar la capacidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes en los primeros niveles de atención. La OPS/OMS han promovido la formación de talento humano en salud por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la OPS (14).

En Colombia, a través del CVSP, se ha ofrecido el curso virtual de formación en la Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP) a profesionales no especializados en salud mental (médicos generales, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, pedagogos escolares) a través de diversas oficinas regionales de la OPS, previa inscripción. Con esta capacitación se han formado más de 2.400 profesionales no especializados en Colombia. El curso también se ofrece de forma presencial, con un componente virtual variable, a través de las oficinas regionales de la OPS. Los cursos están dirigidos por médicos formados previamente como capacitadores en la GI-mhGAP. En la actualidad, la mayoría de los países de la región han participado en cursos virtuales 14. Una característica fundamental de la guía mhGAP es la flexibilidad y adaptabilidad de los componentes, de acuerdo con la situación específica de la región o país donde se va a ejecutar (9). Gracias a esto, en Suramérica se han formado miles de profesionales no especializados en salud mental, mediante formación presencial,

virtual o una combinación de ambas; en un plazo que usualmente va de 3 a 15 días. El curso mide el conocimiento pre y post adquirido durante la capacitación a través un cuestionario estandarizado (y adaptable según las condiciones de salud mental), pero no se miden las competencias y las actitudes de los profesionales (8).

Conclusión

En Colombia se cuenta con la experiencia de la implementación de la metodología mhGAP en el departamento del Chocó, dirigida a población general, pero con mayor énfasis en la población desplazada por la violencia. Entre otros aspectos, se evidencian las siguientes barreras para su implementación: poco acceso por la dispersión geográfica, poco conocimiento del programa por tomadores de decisiones, bajo acceso a internet, desconocimiento de rutas de atención, poco compromiso intersectorial.

Es importante que en América los países integren la atención en salud mental en la APS a través de mhGAP, como una forma de hacer frente a la baja proporción de personal especializado con profesionales no formados en salud mental. La OPS ha realizado grandes esfuerzos junto con los gobiernos nacionales para capacitar en la estrategia mhGAP a profesionales no especializados en salud mental; sin embargo, los esfuerzos parecen no ser suficientes al no generar una mayor masa crítica de trabajadores de la salud capacitados y al no lograr insertarse la atención en salud mental en el modelo APS.

Se deben movilizar más recursos económicos y alianzas multilaterales de las oficinas regionales de la OPS con los gobiernos nacionales e instituciones como universidades y centros de investigación.

Recomendaciones

Con base en su experiencia de campo y el análisis de hallazgos de investigaciones exitosas en el contexto de la implementación mhGAP en LMIC africanos y asiáticos, los investigadores recomiendan:

Adoptar herramientas estandarizadas de medición del conocimiento y de las prácticas de los profesionales capacitados en mhGAP. El conocimiento se mide suficientemente en el curso mhGAP con la prueba pre y post, pero no ocurre lo mismo con las actitudes y prácticas de los profesionales capacitados. Para medir su competencia, los autores sugieren validar y adaptar al entorno regional el Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT) Rating Scale, que es un instrumento para LMIC que permite desarrollar la atención de salud mental en entornos de salud primaria y comunitaria, así como para medir las actitudes hacia las personas que padecen trastornos mentales por parte de los profesionales no especializados; adicionalmente, es útil la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) (8).

Realizar estudios en los países de la región para evaluar el conocimiento, las actitudes y la práctica de los profesionales no especializados en salud mental en el contexto de la atención primaria, comparando el desempeño de los profesionales capacitados en mhGAP y los no capacitados, preferiblemente con ensayos clínicos aleatorizados o cuasi experimentales (15).

Es importante comparar la evolución de la brecha de atención (es decir, la proporción de las personas con trastornos mentales que nunca reciben tratamiento y el tiempo que deben esperar quienes finalmente son atendidos) en regiones con implementación sin ella, y capacitación en la estrategia mhGAP antes y después en zonas urbanas y rurales (5).

Se recomienda adaptar e implementar la Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP) para proporcionar orientación clínica, con el propósito de abordar los trastornos de salud mental prioritarios en población afectada por emergencias humanitarias en la región, especialmente en población desplazada por conflictos bélicos, crisis económicas y, posiblemente, por la situación de aislamiento por la pandemia de Covid-19 que pudiera generar situaciones generalizadas de estrés y ansiedad (16-18).

Sería útil implementar la GIH-mhGAP en aplicaciones de telemedicina dirigidas a personas en situación de vulnerabilidad con características de duelo, estrés agudo y trastorno depresivo. Otras intervenciones tecnológicas, económicas y de probada eficacia en LMIC con pocos profesionales especializados en salud mental son: aplicación de la GI-mhGAP en teléfonos celulares basados en android para el registro, detección e interconsultas con clínicos especializados (19); implementación en entornos de desastres humanitarios como guerras, desastres naturales y migraciones (12), percepción de la calidad de la atención de los servicios recibido por parte de pacientes y sus familiares (20, 21) , entre otras.

Se recomienda impartir cursos de atención primaria en salud mental basados en los componentes de la estrategia mhGAP en las facultades de medicina de los países de América; es decir, capacitar a estudiantes de últimos semestres de medicina, enfermería y psicología, quienes eventualmente podrían cumplir con su servicio social obligatorio (como ocurre en Colombia) en zonas rurales o apartadas de los grandes centros urbanos o capitales.

Es fundamental ofrecer el curso mhGAP a un número suficiente de profesionales no especializados para que repliquen la experiencia del curso y generen una cultura organizacional de atención en servicios de salud mental basado en atención primaria en salud.

Es importante brindarle el tiempo necesario al profesional para atender exclusivamente las actividades académicas del curso, con el fin de no recargarlo de trabajo y apropiarse correctamente el contenido de la formación y evitar la deserción.

Agradecimientos

Los autores agradecen al profesor Pedro Saturno del Instituto Nacional de Salud Pública de México por sus orientaciones en la edición del texto y aportes en la temática de atención de calidad en salud. Así como a la profesora Paola Tejada de la Universidad El Bosque (Bogotá, Colombia) y al profesor Rafael Tuesca Molina de la Universidad del Norte (Barranquilla, Colombia) por sus aportes teóricos y prácticos en el desarrollo de la capacitación en la estrategia mhGAP en profesionales no especializados.

Conflicto de interés

Ninguno declarado.

Financiación

Universidad Simón Bolívar (Barranquilla, Colombia).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental, 10 de octubre de 2023. Nuestra salud mental. Nuestros derechos [Internet]. Ginebra; OMS, [Citado 25 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/2023>
2. Ayano G, Assefa D. Experiences, Strengths and Challenges of Integration of Mental Health into Primary Care in Ethiopia. Experiences of East African Country. *Fam Med Med Sci Res*. 2016;5(3). <http://dx.doi.org/10.4172/2327-4972.1000204>.
3. Pathare S, Brazinova A, Levav I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018 Oct 9;27(5):463–7. <https://doi.org/10.1017/s2045796018000100>
4. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evid Based Ment Health*. 2018 Feb;21(1):30–34. <http://ebmh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/eb-2017-102750>.
5. Kohn R. La brecha de tratamiento en la región de las Américas 2017. Washington, DC; Organización Panamericana de la Salud. [Citado 10 Oct 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es.

6. Jaeschke K, Hanna F, Ali S, Chowdhary N, Dua T, Charlson F Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. *Global Mental Health*. 2021; 8, e27, 1–9. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.19>.
7. Hanlon C, Alem A, Medhin G, Shibre T, Ejigu DA, Negussie H, et al. Task sharing for the care of severe mental disorders in a low-income country (TaSCS): study protocol for a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Trials* [Internet]. 2021 [Citado 10 octubre 2023]; 17: 76. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1191-x>.
8. Kohrt BA, Mutamba BB, Luitel NP, Gwaikolo W, Onyango Mangen P, Nakku J, et al. How competent are non-specialists trained to integrate mental health services in primary care? Global health perspectives from Uganda, Liberia, and Nepal. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2018 [Citado 22 nov 2023]; 30(6):182–98. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1566116>.
9. WHO. mhGAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Internet]. Ginebra: WHO Press; 2016. [Citado 26 junio 2023]. 164 págnas. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/.
10. Dua T, Barbui C, Patel AA, Tablante EC, Thornicroft G, Saxena S. Discussion of the updated WHO recommendations for mental, neurological, and substance use disorders. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016; 3 (11):1008–1012. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036616301845>.
11. Agudelo-Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M, Moreno Mayorga B. Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2023;47:1. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58322>.
12. Siriwardhana C, Adikari A, Jayaweera K, Abeyrathna B, Sumathipala A. Integrating mental health into primary care for post-conflict populations: a pilot study. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2016 Dec 27;10(1):12. Disponible en: <http://www.ijmhs.com/content/10/1/12>.
13. De la Barra F, Irrazaval M, Valdés A, Soto-Brandt G. Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]; 2019 ; 43:1-5. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50672>.
14. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Curso virtual Guía Intervención Programa mhGAP (Salud Mental) [Internet]. Colombia: Minsalud; 2016. [Citado 26 julio 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/Calendario1/DispForm.aspx?ID=681>.
15. Kokota D, Lund C, Ahrens J, Breuer E, Gilfillan S. Evaluation of mhGAP training for primary healthcare workers in Mulanje, Malawi: a quasi-experimental and time series study. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2020;14(1):3. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0337-0>.

16. Navarro Jiménez E, Fontalvo R, Laborde C *et al.* Implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y atención integral del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla. *Salud Uninorte* [Internet]. 2016;32(3). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/8416>.
17. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. [Citado julio 18 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smeps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>.
18. Clemente-Suárez JV, Hormeño-Holgado A, Jiménez M, Benítez-Agudelo CJ, Navarro-Jiménez E, Pérez-Palencia N *et al.* Dynamics of Population Immunity Due to the Herd Effect in the COVID-19 Pandemic. *Vaccines (Basel)*. 2020; 8 (2):236. doi: 10.3390/vaccines8020236.
19. Khoja S, Scott R, Husyin N, Durrani H, Arif M, Faqiri F *et al.* Impact of simple conventional and Telehealth solutions on improving mental health in Afghanistan. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2016; 22(8):495–498. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X16674631>.
20. Musyimi CW, Mutiso V, Ndeti DM, Henderson DC, Bunders J. Mental Health Outcomes of Psychosocial Intervention Among Traditional Health Practitioner Depressed Patients in Kenya. *Cult Med Psychiatry* [Internet]. 2017 [Citado 10 julio 2023]; Sep 1;41(3):453–465. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11013-017-9527-x>.
21. Pertuz-Cortés C, Navarro-Jiménez E, Laborde-Cárdenas C, Gómez-Méndez P, Lasprilla-Fawcett S. Implementation of clinical practice guidelines for the timely detection and diagnosis of eating disorders in adolescents and adults in the outpatient and priority department of a public psychiatric hospital in Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed)* [Internet]. 2020;49(2):101–107. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2530312020300205>.