



Evaluación de actitudes y cambios en la práctica de profesionales no especializados en salud mental

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

María Paula Usta Yabrudy¹, Eduardo Ignacio Navarro Jiménez², Carmen Cecilia Laborde Cárdenas³, Geraldine Paola Morales Jiménez⁴, Vicente Javier Clemente-Suárez⁵, Luis Luque Narvaez⁶ y Jannette Godoy Espinosa⁷

Recibido: 13/11/2023

Aceptado: 07/02/2024

Publicado: 15/06/2024

Resumen

Introducción: la OMS lanzó su Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), en 2008, y la Guía de Intervención en 2010, ésta proporciona elementos basados en evidencia, para evaluación y 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 del 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:** revisión de la literatura sobre experiencias de implementación de

¹ Psiquiatra, Asociación Colombiana de Psiquiatría. <https://orcid.org/0009-0006-6445-4927>. mapausta@gmail.com.

² Docente, Universidad Libre Seccional Barranquilla. <https://orcid.org/0000-0002-8171-662X>. Eduardoi.navarroj@unilibre.edu.co.

³ Investigadora, Universidad Simón Bolívar. <https://orcid.org/0000-0001-6225-8072>. cachelaca@gmail.com.

⁴ Investigadora, Universidad Simón Bolívar. <https://orcid.org/0009-0001-2806-4212>. geripao_12@hotmail.com.

⁵ Investigador, Universidad de la Costa. <https://orcid.org/0009-0001-2806-4212>. vctxente@yahoo.es.

⁶ Investigador, Universidad de la Costa. <https://orcid.org/0009-0001-2806-4212>. lucaluna2011@hotmail.com.

⁷ Investigadora, Universidad del Magdalena. <https://orcid.org/0000-0002-2944-9181>. jannette.ivonne@gmail.com.



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 ellos desarrollados en la región de las Américas. 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 universidades. **Conclusiones:** no se ha evaluado si la formación en mhGAP ha mejorado las competencias clínicas de diagnóstico, 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. 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.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar de todos los individuos, entendiéndose 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 es 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% del total de los trabajadores de la salud brinda servicios de salud mental (4). Se calcula que entre 76% y 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 países latinoamericanos 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). Lo anterior 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, muy 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); para resaltar la salud mental como prioridad en la agenda de gestión para la salud pública, procurando condiciones óptimas de equilibrio y bienestar en materia de salud mental 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 en salud mental (7). Este enfoque consiste en que los trabajadores de la salud, profesionales sanitarios no especializados puedan asumir bajo supervisión, algunas funciones de los roles tradicionalmente asumidos por especialistas en salud mental, tales como psiquiatras, los cuales 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 tratamiento adecuado de pacientes (9).

En el año 2010, la OMS elaboró 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 ha sido



elaborada para ser aplicada 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). Tiene el propósito de facilitar las intervenciones por parte de los profesionales no especializados, que previamente se encuentran sobrecargados laboralmente. La GImhGAP incluye una guía sobre intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos considerados como 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 donde se ha implementado. En la actualidad hay 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 según la OMS que 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	
6	Realiza una evaluación de condiciones prioritarias en salud mental	



7	Evalúa y maneja las condiciones físicas de las personas con afecciones en salud mental	
8	Evalúa y gestiona situaciones de emergencia de condiciones prioritarias de salud mental	Habilidades
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 mentales (por ejemplo, el estigma entre los trabajadores de atención primaria); el conocimiento, se refiere al conocimiento teórico 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 lo es el test del curso mhGAP (9). El siguiente nivel es saber cómo, refiriéndose al conocimiento aplicado, que generalmente se evalúa con casos clínicos escritas en las que los trabajadores de salud hacen diagnósticos y recomendaciones de tratamiento (9).

En mhGAP, la competencia es evaluada 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 el paciente estandarizado para crear un diagnóstico y plan de tratamiento, mientras el proceso de interacción se observa (en vivo o mediante grabaciones) para el incremental el rendimiento clínico (8).

La mayoría de los programas de capacitación y supervisión para trabajadores de atención primaria en LMIC – incluyendo a mhGAP -se han basado 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 medirla después que los participantes realicen el curso y los aprueben (9).

DISCUSIÓN

Hay pocos estudios de evaluación del uso de GI-mhGAP en LMIC. La mayoría de estos 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 encontraron después de un proceso de implementación de la estrategia mhGAP en el departamento del Chocó, barreras y desafíos de orden social, geográfico, político, cultural y a nivel de la administración en salud (11). Entre 2019 y 2020, se desarrollaron dos estudios realizados en la región de las Américas: 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 de las Américas que ha capacitado 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 las diferentes oficinas regionales de la OPS, previa inscripción de las personas interesadas en tomar el curso. Con la capacitación se han logrado formar más de 2400 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 son dirigidos por médicos formados previamente como capacitadores en la GI-mhGAP. En la actualidad, la mayoría de los países de la Región de las Américas 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 deba ser ejecutado (9). Gracias a esto, en la Región de las Américas se han formado miles de profesionales no especializados en salud mental utilizando 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 mediante un cuestionario estandarizado (y adaptable según las condiciones de salud mental), pero no 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 población desplazada por la violencia. En este se evidencian como principales barreras para la 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, entre otras (11).

Es importante que los países americanos 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 especializados en salud mental. La OPS ha realizado grandes esfuerzos junto con los gobiernos nacionales en capacitar en la estrategia mhGAP a profesionales no especializados en salud mental; sin embargo, los esfuerzos pudieran no ser suficientes al no generarse 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

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

Es importante adoptar herramientas estandarizadas de medición de no solo el conocimiento, sino también de las prácticas y prácticas de los profesionales capacitados en mhGAP. El conocimiento es medido en la teoría suficientemente en el mismo curso mhGAP con la prueba pre y post, pero no ocurre lo mismo con las actitudes y prácticas de los profesionales capacitados. Para medir la competencia de los profesionales capacitados, los autores sugieren la validación y adaptación a nuestro entorno de



Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT) Rating Scale, instrumento desarrollado para LMIC para desarrollar la atención de salud mental en entornos de salud primaria y comunitaria; para medir las actitudes hacia las personas que padecen trastornos mentales por parte de los profesionales no especializados, es útil la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) (8).

Realizar estudios en los países de la Región de las Américas 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 profesionales no capacitados, preferiblemente con ensayos clínicos aleatorizados o cuasiexperimentales (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 y sin implementación y capacitación en la estrategia mhGAP o antes y después de la capacitación en mhGAP en zonas urbanas y rurales (5).

Se recomienda adaptar e implementar la guía de 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 nuestra 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 en la población general situaciones generalizadas de estrés y ansiedad (16–18).

Sería útil la implementación de 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 que se introduzcan cursos de atención primaria en salud mental basados en los componentes de la estrategia mhGAP en las distintas facultades de medicina de los países de las Américas; es decir, capacitar 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 a un número suficiente de profesionales no especializados dentro de las instituciones para que sean replicadores de la experiencia del curso mhGAP y generar 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 propósito de no recargarlo de trabajo y apropiar correctamente el contenido de la formación y evitar la deserción.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer 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. También deseamos agradecer 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. Constitución de la OMS: principios [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/about/mission/es/>
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 [Internet]. 2016;5(3). Available from: <http://www.omicsgroup.org/journals/experiences-strengths-and-challenges-of-integration-of-mental-health-intoprimary-care-in-ethiopia-experiences-of-east-african-coun-2327-4972-1000204.php?aid=75789>
3. Pathare S, Brazinova A, Levav I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. 2018 Oct 9;27(5):463–7. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2045796018000100/type/journal_article
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 Heal [Internet]. 2018 Feb;21(1):30–4. Available from: <http://ebmh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/eb-2017-102750>
5. Kohn R. La brecha de tratamiento en la región de las Américas [Internet]. 2017. Available from: 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. World Health Organization. Mental Health Atlas-2017 country profiles [Internet].



2020. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/#C
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]. 2016 Dec 11;17(1):76. Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/17/1/76>
 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 Nov 2;30(6):182–98. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/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]. 2016. Available from: 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 Nov;3(11):1008–12. Available from: <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]. 24 de octubre de 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. Available from: <http://www.ijmhs.com/content/10/1/12>
 13. de la Barra F, Irarrazaval M, Valdes A, Soto-Brandt G. Evolving child and



- adolescent mental health and development programs in Chile. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2019 Apr 17;43:1. Available from: <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]. 2016. p. 1. Available from: <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. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0337-0>
 16. Navarro Jimenez 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). Available from: <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]. 2020. Available from: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>
 18. Clemente-Suárez JV, Hormeño-Holgado A, Jiménez M, Benitez-Agudelo CJ, Navarro-Jiménez E, Perez-Palencia N, et al. Dynamics of Population Immunity Due to the Herd Effect in the COVID-19 Pandemic. Vol. 8, *Vaccines*. 2020.
 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 Dec 30;22(8):495–8. Available from: <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 Sep 1;41(3):453–65. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11013-017-9527-x>

21. Pertuz-Cortes 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]. abril de 2020;49(2):101–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2530312020300205>