

Integración de la salud mental en la atención primaria: modelo DIADA en las regiones Andina y Amazonía de Colombia



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Colombia



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO**
CIENCIA Y TECNOLOGÍA CON PROYECCIÓN SOCIAL

JAVESALUD
Todos Nuestros Sentidos en Unidad
Hospital Universitario



Universidad Nacional
Abierta y a Distancia



**ACREDITADA
EN ALTA CALIDAD**



Fundación
**Saldarriaga
Concha**



Ciencias



Salud

Integración de la salud mental en la atención primaria: modelo DIADA en las regiones Andina y Amazonía de Colombia



Primera edición: Bogotá D.C., abril de 2026

ISBN (Digital): 978-628-502-133-6

© Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Javesalud, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Fundación Saldarriaga Concha, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Ministerio de la Salud y Protección Social.

Dirección científica

Carlos Gómez-Restrepo

Investigadores principales

Carlos Gómez-Restrepo

Magda Cristina Cepeda Gil

Coordinación editorial

Lina María Valderrama Luna

Corrección de estilo

Ella Suárez

Diseño y diagramación

Daryi Tatiana Salamanca Beltrán

Esta cartilla se elaboró en el marco del programa Ecosistema para el Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud Mental con Enfoque de Curso de Vida en Áreas Demostrativas de la región Andina y la Amazonía, financiado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, bajo el código 120391992331.

Todos los derechos reservados. Este documento y su contenido están protegidos por derechos de autor. Cualquier reproducción, distribución o uso del material, total o parcial, deberá contar con la autorización previa y expresa de los titulares de los derechos. Se prohíbe la reproducción de este documento para fines comerciales.



Director científico

Carlos Gómez-Restrepo

Investigadores principales

Carlos Gómez-Restrepo

Magda Cristina Cepeda Gil

Coordinadora general

Lina María Valderrama Luna

Coinvestigadores

Fanny Paola Rodríguez Torres

José Miguel Ignacio Uribe Restrepo

Laura Ospina Pinillos

Ledy Yanibe Rivera Nestiel

Magda Jeannette Alba Saavedra

Experta en investigación cualitativa

Natalia Gamboa-Virgüez

Asistentes de investigación

Daniela Gutiérrez Montoya

Karen Yiceth Chavez Eljaiek

Laura Juliana Nieto Morales

Linda Paula Ugarte Cruz

Loren Camila Benavides

Luis Eduardo Rodríguez

Yuri Alexandra Jaime Sánchez

Coordinador regional Amazonía

Henry Esteban Porras Rosero

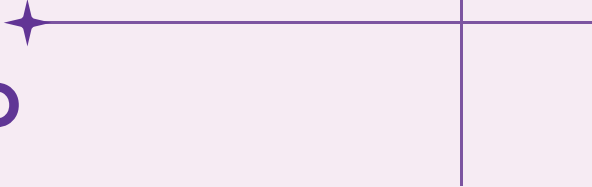
Gestión de desarrollo de sistemas

César Augusto Camelo Vivas

Comunicaciones

María Luna Mendoza





Contenido

Agradecimientos

Siglas

Introducción

1. Modelo de atención DIADA

1.1. Descripción del modelo

1.2. Componentes del modelo de atención DIADA

2. Caracterización de los lugares de implementación

2.1. Bogotá D.C.

2.2. Leticia

2.3. Mitú

2.4. Tunja

3. Hallazgos de implementación

3.1. Adaptación e implementación del modelo DIADA

3.2. Datos sobre depresión

3.3. Datos sobre consumo riesgoso de alcohol

3.4. Datos sobre ansiedad

4. Seguimiento y evolución de los participantes de la cohorte

4.1. Evolución de los síntomas depresivos según el PHQ-9

4.2. Evolución del consumo riesgoso de alcohol según el AUDIT

4.3. Evolución de los síntomas ansiosos según el GAD-7





5. Lecciones aprendidas

- 5.1. Facilitadores
- 5.2. Barreras
- 5.3. Sostenibilidad

6. Conclusiones

- 6.1. Resultados de la implementación
- 6.2. Consideraciones para la sostenibilidad
- 6.3. Facilitadores
- 6.4. Barreras
- 6.5. Uso de tecnologías

7. Recomendaciones para la sostenibilidad del modelo de atención DIADA

- 7.1. Tamizaje
- 7.2. Confirmación diagnóstica
- 7.3. Atención en salud mental

Bibliografía



Agradecimientos

Esta cartilla es el resultado de la ejecución del proyecto *Integración de la atención en salud mental en sitios rurales y urbanos de atención primaria en Colombia: estudio de implementación de un modelo de atención en salud mental*. Las entidades ejecutoras y beneficiarias reconocen las importantes contribuciones de los sitios de atención participantes en los grupos focales, entrevistas, mesas de trabajo y las consultas con las partes interesadas para elaborar el documento.

En este sentido, expresamos nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que formaron parte de la implementación del modelo de atención en salud mental DIADA. También, extendemos nuestra gratitud a los líderes administrativos; a los proveedores, por su dedicación, profesionalismo y compromiso en la atención brindada; así como a su equipo administrativo, cuyo apoyo y eficiencia fueron esenciales para el éxito del proyecto.

Nuestra gratitud, a los pacientes, cuya confianza y participación han sido fundamentales para llevar adelante este proyecto. Este logro es el resultado del esfuerzo colaborativo, y celebramos con orgullo el trabajo conjunto que permitió implementar este modelo de atención en sitios de atención primaria en la región Andina y la Amazonía de Colombia.

Tras el análisis y bajo la supervisión del investigador principal, doctor Carlos Gómez-Restrepo, decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, se preparó esta cartilla con los resultados más relevantes. El contenido fue redactado por el equipo de investigación de la Pontificia Universidad Javeriana y el diseño estuvo a cargo de la Fundación Javeriana de Servicios Médicos Odontológicos Interuniversitarios Carlos Márquez Villegas (Javesalud).

Equipo DIADA



Siglas

AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test

BHIMC

Behavioral Health Integration in Medical Care

DIADA

Detección y Atención Integrada de la Depresión y Uso de Alcohol en Atención Primaria

ENSM

Encuesta Nacional de Salud Mental

EPS

Entidad Promotora de Salud

ESE

Empresa Social del Estado

GAD-7

Generalized Anxiety Disorder

IMICO

Implementation Measure for Low-and Middle-Income Countries

IPS

Institución Prestadora de Salud

Minciencias

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación

NIMH

Instituto Nacional de Salud Mental

PHQ-9

Patient Health Questionnaire

PUJ

Pontificia Universidad Javeriana

UNAD

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Introducción

Las condiciones de salud mental representan un 13 % de la carga mundial de enfermedades y pueden causar discapacidad e incluso la muerte (1-3). En Colombia, problemas como la depresión, la ansiedad y el consumo riesgoso de alcohol son cada vez más comunes y requieren una atención temprana para reducir su impacto en el sistema de salud. Sin embargo, existen barreras que dificultan el acceso a la atención, como la falta de información para los pacientes, el estigma o el miedo a buscar ayuda y la escasez de personal capacitado para identificar síntomas.

Para responder a este desafío, se han venido desarrollando herramientas y estrategias en distintos niveles, con el fin de promover el bienestar mental, prevenir trastornos y brindar tratamiento adecuado. En este contexto, el modelo de atención en salud mental DIADA surge en 2017 como un proyecto colaborativo desarrollado entre la Pontificia Universidad Javeriana y el Dartmouth College, financiado inicialmente por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos. Este modelo busca fortalecer la atención primaria, reducir las brechas existentes y facilitar el acceso a intervenciones basadas en evidencia, mediante el tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de trastornos mentales (4).

Desde su inicio, este modelo se puso en funcionamiento exitosamente en nueve centros de atención primaria ubicados en cinco departamentos de Colombia: Amazonía, Boyacá, Cundinamarca, Tolima y Vaupés. De ahí que esta cartilla busque compartir los fundamentos del modelo DIADA y los principales resultados obtenidos durante el periodo 2023-2025, correspondiente a la segunda fase de implementación. Su objetivo es dar a conocer a proveedores de salud, personal administrativo y otros actores información clave y herramientas para fortalecer sus capacidades y generar conciencia sobre la atención en salud mental dentro de la atención primaria.

La creación de esta cartilla ha sido posible gracias a la colaboración del personal de salud, administrativo y pacientes de sitios de atención primaria en la región Andina y la Amazonía de Colombia, quienes compartieron sus experiencias antes de la implementación del modelo DIADA y después de este. Además, incluye análisis del equipo de investigación sobre el desempeño del modelo, junto con recomendaciones para su sostenibilidad y expansión, considerando los valores y recursos de cada contexto local.

1. Modelo de atención DIADA



1.1. Descripción del modelo

El modelo de atención DIADA es una herramienta basada en tecnología que pretende integrar la salud mental en la atención primaria y facilitar la identificación de trastornos mentales en los pacientes. Esto se logra con un tamizaje universal¹ mediante el cual es posible identificar síntomas de depresión, ansiedad y consumo riesgoso de alcohol en pacientes tratados en la atención primaria. En el proceso inicial de tamizaje se utilizan cuestionarios validados que se muestran a la persona a través de un quiosco digital. Este está conectado de manera inalámbrica con equipos ubicados en los consultorios de los médicos generales (computadores o tabletas). Así, al finalizar el tamizaje, el sistema genera un ticket con los resultados, que se entregan directamente al paciente.

Los médicos –capacitados en el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental– reciben los resultados del tamizaje vía wifi y con el ticket entregado al paciente. Posteriormente, interpretan los síntomas y realizan el diagnóstico, reevaluando los síntomas reportados en un principio. Por último, implementan el tratamiento correspondiente, de acuerdo con la severidad de los síntomas y siguiendo las *Guías de práctica clínica de Colombia* (4). Este proceso se complementa con un modelo colaborativo, en el cual los profesionales de salud de los centros de atención primaria se reúnen de forma regular para analizar, discutir y establecer estrategias de manejo conjunto para casos seleccionados. Así, se fortalece la calidad de la atención brindada (figura 1).



Figura 1. Descripción del modelo de atención DIADA

¹ “El objetivo de la detección es identificar a las personas de una población aparentemente sana que tienen un mayor riesgo de padecer un problema o una afección de salud” (5).

De esta manera, la atención en salud mental se va convirtiendo en una práctica habitual de los sitios de atención primaria; además, el personal de salud monitorea a los pacientes diagnosticados y, así mismo, tiene la posibilidad de acceder a la aplicación DIADA para apoyar la autogestión de los síntomas.

1.2. Componentes del modelo de atención DIADA

El modelo DIADA consta de tres pasos clave: 1) el tamizaje universal, 2) el proceso de confirmación diagnóstica y 3) la atención del paciente durante la consulta con el médico general (figura 2). Para fortalecer la capacitación del personal de salud y la implementación del modelo, se programan reuniones periódicas, a fin de resolver dudas y brindar orientación sobre la atención de los pacientes y asegurar una atención integral y de calidad.



Figura 2. Pasos del modelo de atención DIADA

2. Caracterización de los lugares de implementación



2.1. Bogotá D. C.



Fuente: Asocapitales.



Habitantes: 7 929 539 (6)



Área: 1775 km² (7)



Población urbana: 7 897 503 habitantes (99,6 % del total) (6)



Población rural: 32 036 habitantes (0,4 % del total) (6)



Composición étnica: la población presenta una distribución diversa, con un 0,27 % de personas autorreconocidos como indígenas, esto es, 21 529 habitantes (6)



Acceso al agua y saneamiento básico: 98,5 % con cobertura de acueducto y alcantarillado. Cobertura de energía eléctrica rural: 78,13 % (6)



Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: el 24 % del total de habitantes de Bogotá D.C. son subsidiados y el 75,7 % son contributivos (8)



Problemáticas transversales: miedo, rabia, soledad, tristeza, estigmatización, estrés, inseguridad, machismo, desempleo, impactos pospandemia, movilidad y transporte, adulto mayor, pérdidas y duelo, suicidio, conflicto armado, secuestro y violencia intrafamiliar.

La Política Pública Distrital de Salud Mental 2023-2032: busca promover condiciones que favorezcan la salud mental como prioridad en el Distrito Capital, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios, y promoviendo estilos de vida que mejoren el bienestar emocional y la calidad de vida. Se articula bajo tres ejes: 1) atención integral e integrada en salud mental, 2) posicionamiento de la salud mental y 3) sistemas de información y gestión del conocimiento (9).

Lugar de implementación: el modelo DIADA se implementó desde 2023 hasta 2025 en un sitio de atención que busca apoyar la academia, la investigación y la generación de conocimiento a través de la gestión de servicios de salud ambulatorios de alta calidad, basados en dignidad, respeto, ética e innovación (10).

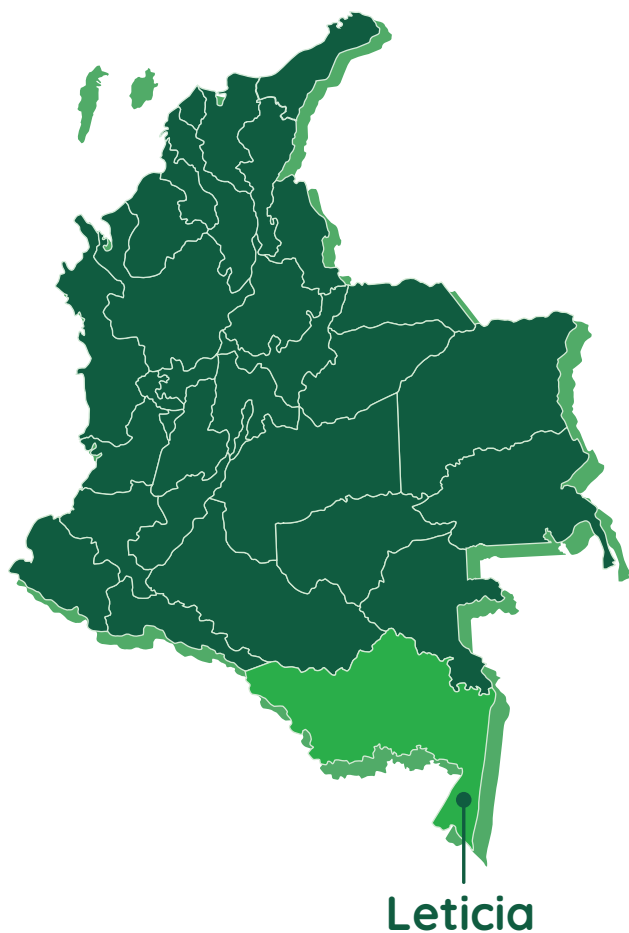
Bogotá, como Distrito Capital, está ubicada a 2600 metros sobre el nivel del mar. Cuenta con veinte localidades, y una de ellas es Sumapaz, la cual condensa un amplio territorio rural y desde allí se extiende el páramo de Sumapaz, el más grande del mundo y junto a la red de humedales de la ciudad se convierten en reservas de agua y biodiversidad de gran importancia (11).

En la ciudad se llevan a cabo diversos festivales reconocidos en América Latina como Rock al Parque y Festival Estéreo Picnic. Bogotá se ha convertido en un epicentro de apuestas musicales en eventos al “parque” de diversos géneros como jazz, hip hop, salsa, rap, entre otros.

El centro de Bogotá es ampliamente reconocido por su huella histórica y turística. Allí se ubican varios museos y sobresale su cercanía a los cerros orientales, como un sitio de conexión con la naturaleza en los miradores de Monserrate y Guadalupe.

Como central económica y política, en la ciudad se presenta una alta migración de población nacional y latinoamericana. Se han presentado varios efectos pospandemia del covid-19, especialmente en el ámbito de la salud física y mental, además de una pronunciada problemática de desempleo (12).

2.2. Leticia



Fuente: Asocapitales.



Habitantes: 54 927 (13)



Área: 5968 km² (7)



Población urbana: 39 751 habitantes (72,4 % del total) (13)



Población rural: 15 176 habitantes (27,6 % del total) (13)



Composición étnica: la población presenta una distribución diversa, con un 45,5 % de personas autorreconocidas como indígenas, esto es, 24 992 habitantes (13)



Acceso al agua y saneamiento básico: el 38,79 % tiene cobertura de acueducto y alcantarillado. Cobertura de energía eléctrica rural del 70,88 % (13)



Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: el 80,1 % del total de los habitantes del Amazonas son subsidiados y el 19,5 % son contributivos (8)



Problemáticas transversales: inseguridad propia, nervios, susto, tristeza, estigmatización, estrés, acoso (*bullying*), consumo de sustancias psicoactivas, mal espíritu, medio ambiente, uso de tecnología, ideación suicida y violencia intrafamiliar.

La Dirección de Salud Municipal de Leticia ha enfocado sus esfuerzos en mejorar la salud mental de la población en 2024, implementando diversas estrategias clave. Entre ellas destacan: 1) prevención del suicidio y consumo de sustancias psicoactivas; 2) Semana de la Salud Mental; 3) acciones educativas multisectoriales, incluyendo colegios, centros de desarrollo infantil y gremios laborales; 4) impacto de las intervenciones para reducir el estigma asociado con la salud mental, y 5) cobertura geográfica en instituciones, barrios y comunidades de la región (participación de la Policía, la Armada, el Ejército y la Fuerza Aérea) (14).

- **Lugar de implementación:** el modelo DIADA se implementó desde 2023 hasta 2025 en una institución de salud de primer nivel de complejidad, complementario y tradicional, con enfoque diferencial indígena; gestiona el riesgo en salud y promueve el bienestar de los usuarios con respeto de la diversidad étnica y cultural (15).

Con una altitud de 96 metros sobre el nivel del mar, Leticia es la capital del departamento del Amazonas; región de gran relevancia ecológica y de conservación mundial. Es un territorio fronterizo y cercano a Brasil y Perú. La ciudad es un epicentro ecoturístico, y ello ha impactado directamente a las más de veinte etnias que allí habitan, mediante el desarrollo de artesanías, recibimiento de visitantes u otras actividades comerciales y culturales. Las comunidades de mayor presencia en la capital son tikunas y cocamas (16). En cuanto a la diversidad de flora y fauna, se pueden avistar con facilidad monos, loros, guacamayas, jaguares, delfines y gran variedad de anfibios e insectos. También se producen frutos exóticos como arazá, camu camu, azaí, copoazú, anón amazónico, entre otros.

Dada la diversidad sociocultural de sus habitantes, en Leticia se llevan a cabo diferentes celebraciones, como el Festival El Pirarucú de Oro, el Festival de la Confraternidad Amazónica, el aniversario de la ciudad y galas tradicionales como Semana Santa.

A finales de 2024 se vivenció una acentuada temporada de sequía que llevó a la disminución del cauce del río Amazonas. Durante este lapso, las comunidades se vieron altamente afectadas en cuanto a su movilidad, porque el río es la principal vía de transporte e influencia en el desarrollo de las actividades de sus chagras. El cambio climático ha generado marcados impactos medioambientales y en la salud de sus habitantes (17).

2.3. Mitú



Fuente: Asocapitales.



Habitantes: 34 886 (18)



Área: 16 422 km² (7)



Población urbana: 10 591 habitantes (30,4 % del total) (18)



Población rural: 24 295 habitantes (69,6 % del total) (18)



Composición étnica: la población presenta una distribución diversa, con un 86 % de personas autorreconocidas como indígenas, esto es, 29 867 habitantes (18)



Acceso al agua y saneamiento básico: el 98,37 % tiene cobertura de acueducto y alcantarillado. Cobertura de energía eléctrica rural: 18,48 % (18)



Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: el 89,1 % del total de habitantes del Vaupés son subsidiados y el 10,9 % son contributivos (8)



Problemáticas transversales: aburrimiento, angustia, cansancio, rabia, tristeza, consumo de sustancias psicoactivas, falta de oportunidades, pobreza, problemas del sueño, desempleo, brujería, chundú, maldad, histeria colectiva, narcotráfico, uso de tecnología, fallecimiento de familiares, suicidio, desplazamiento forzado.

La salud mental en Mitú y el departamento del Vaupés enfrenta una creciente problemática, a causa del aumento en los casos de ideaciones suicidas y suicidios consumados. Mitú concentra la atención institucional y cuenta con una ruta de prevención del suicidio que necesita fortalecerse, especialmente en áreas rurales y dispersas, donde los retos de atención y prevención son mayores. Para abordar la situación, se creó un equipo de vigilancia comunitaria, capacitado en primeros auxilios psicológicos y notificación de intentos de suicidio. La estrategia de comunicación y acuerdos comunales ha ayudado a superar el aislamiento y la falta de acceso a servicios de salud (19).

Lugar de implementación: el modelo DIADA se implementó desde 2023 hasta 2025 en una institución enfocada en la prestación de servicios de salud en la Amazorinoquía, que integra la medicina tradicional y la científica con un enfoque etnocultural y diferencial. Orienta el servicio bajo la seguridad del paciente con humanización en los procesos, los procedimientos y la calidad en la atención a los usuarios (20).

Mitú es la capital del departamento del Vaupés y está ubicada a 200 metros sobre el nivel del mar (19). La ciudad alberga a más de 27 etnias indígenas, lo que contribuye a una gran diversidad lingüística y cultural. La etnia más predominante en Mitú es la cubeo, que se considera hijos del dios Cubay (19).

Los lugares turísticos de la región se encuentran en lo más profundo de la selva, donde se pueden encontrar caminos arenosos, rocas que pertenecen al escudo guayanés y la gran maloca Ipanoré, ubicada en la comunidad de Ceima Cachivera.

En Mitú se celebran diversas festividades, entre las que destaca la Feria y Fiesta de Integración de Colonias. Además, dentro de las comunidades se realizan celebraciones propias, como la ceremonia Yuruparí, que es armonizada y guiada por el sabedor o el payé de cada comunidad.

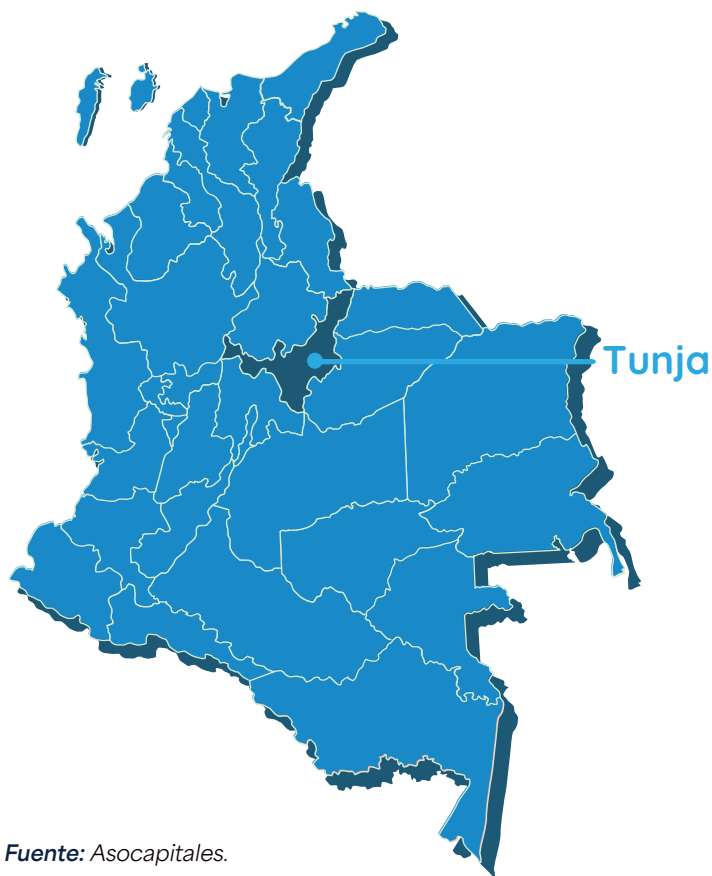
Los pueblos indígenas enfrentan procesos de aculturación y desculturación, lo que ha llevado a un mestizaje biológico y sociocultural, así como al deterioro de las redes familiares, el aumento del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas no rituales, y la violencia

intrafamiliar. Esta situación, junto con la falta de oportunidades y el desempleo, genera un sentimiento de desarraigo y fragilidad en las comunidades (21).

Los payés vinculan las conductas suicidas a la ruptura de las normas tradicionales y la intervención de entidades malignas, como la “maldición” y la “maldad”. Además, la aculturación y la vulnerabilidad ante estas entidades, sumadas a las dificultades económicas, contribuyen a la debilidad de las redes de apoyo, que no logran hacer frente a crisis como el suicidio dentro de la comunidad (21).



2.4. Tunja



Fuente: Asocapitales.



Habitantes: 187 286 (22)



Área: 121 km² (7)



Población urbana: 179 532 habitantes (95,9 % del total) (22)



Población rural: 7754 habitantes (4,1 % del total) (22)



Composición étnica: la población presenta una distribución diversa, con un 0,05 % de personas autorreconocidas como indígenas, esto es, 108 habitantes (22)



Acceso al agua y saneamiento básico: el 59,7 % tienen cobertura de acueducto, y el 14,09 %, alcantarillado. Cobertura de energía eléctrica rural: 100 % (22)



Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: el 62,2 % del total de habitantes de Boyacá son subsidiados y el 37,58 % son contributivos (8)



Problemáticas transversales: frustración, enfermedad de familiares, acoso (*bullying*), discriminación, estigma, machismo, problemas de alimentación, problemas del sueño, juegos de azar, pirámides, impactos pospandemia, migración, adulto mayor, adolescentes, esquizofrenia, feminicidios, violencia sexual.

La política pública Construyendo Tejido Social por la Salud Mental promueve el acceso a servicios orientados a la salud mental con calidad y pertinencia, que propendan a fortalecer la articulación intersectorial y comunitaria. Se enfoca en los siguientes tres ejes, de los cuales se desprenden ocho líneas de acción que guiarán las acciones de los próximos años: 1) prevención y atención integral en salud mental; 2) familias gestoras de la salud mental y la educación integral y emocional, 3) fortalecimiento institucional y participación comunitaria (23).

Lugar de implementación: el modelo DIADA se implementó desde 2023 hasta 2025 en una institución que brinda servicios de salud de baja y mediana complejidad a la población de Tunja y los municipios aledaños. Su objetivo principal es garantizar una atención humanizada, pertinente y segura, que mejore las condiciones de salud de los usuarios, sus familias y la comunidad. La institución, comprometida como amiga de la mujer y la infancia, también se destaca como un espacio para prácticas formativas que contribuyen al desarrollo de nuevos profesionales en el ámbito de la salud (24).

Tunja es la capital del departamento de Boyacá y se encuentra a 2822 metros sobre el nivel del mar, con un territorio mayoritariamente rural y campesino; por lo tanto, su economía se basa en los sectores agropecuario y turístico, gracias a los cuales ofrece servicios de entretenimiento y recreación tanto en la ciudad como en la región en general (25). La arquitectura de la ciudad conserva elementos coloniales que destacan el patrimonio e historia del cacicazgo muisca y la presencia de otros grupos indígenas precolombinos. Estos aspectos se evidencian en la memoria colectiva en conmemoraciones nacionales como la batalla en el puente de Boyacá, el 7 de agosto de 1819, muy cerca de Tunja.

Entre las festividades de la capital boyacense sobresalen el Aguinaldo Boyacense, el Festival Internacional de la Cultura, el Festival de las Artes o el Festival de Música Carranguera “La Cucharita de Oro”, que promueven el arte y la cultura. Es una ciudad que se moviliza alrededor del acceso a la educación superior, dada la presencia de diferentes instituciones educativas públicas y privadas.

Tunja cuenta con un rico ecosistema que recoge reservas naturales, páramos y humedales que contribuyen a la protección de las reservas de agua del territorio (26). En la actualidad, se adelantan propuestas encaminadas a la salud ambiental y salud mental. Respecto a esta última, se ha hecho hincapié en el abordaje de problemáticas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y consumo de alcohol, violencias basadas en género, dinámicas juveniles, prevención del suicidio y vínculos con otros actores, como instituciones educativas (27).

3. Hallazgos de implementación



Durante la implementación del proyecto, se llevaron a cabo varias evaluaciones dirigidas a comprender el contexto de la implementación del modelo. Para ello se emplearon diversas metodologías, entre estos cuestionarios –como el instrumento que mide la implementación en países de medianos y bajos ingresos (IMICO, por sus siglas en inglés)–, entrevistas en profundidad, grupos focales y observación estandarizada en cada uno de los sitios de atención. En total, se contó con la participación de 75 personas mayores de edad, distribuidos así: 26 pacientes, 25 miembros del personal administrativo y 24 integrantes del personal de salud (figura 3).

	Bogotá	Leticia	Mitú	Tunja
 Pacientes	7	6	6	7
 Personal de salud	6	6	6	6
 Personal administrativo	6	7	6	6
Total	19	19	18	19

Figura 3. Participantes mediciones línea base

3.1. Adaptación e implementación del modelo DIADA

Las mediciones se llevaron a cabo antes de la implementación del modelo de atención DIADA y durante esta. En 2023, antes de su puesta en marcha, se estableció una línea base sobre la integración de la atención en salud mental en cada sitio, con metodologías cualitativas y cuantitativas. Los resultados evidenciaron una heterogeneidad significativa entre los sitios: algunos contaban con servicios de psicología y psiquiatría, así como con prácticas ya establecidas para la atención en salud mental; en tanto otros carecían completamente de estos servicios. En todos los casos, dichas atenciones no estaban integradas de manera sistemática en el contexto de la atención primaria, lo que limitaba su impacto en las etapas tempranas del abordaje clínico.

Los proveedores, el personal administrativo y los pacientes fueron receptivos hacia el modelo propuesto y hacia otras intervenciones dirigidas al bienestar emocional. No obstante, surgieron preocupaciones en torno al tiempo requerido durante la consulta para implementar la intervención, al acceso y manejo de aplicaciones complementarias y la percepción de los pacientes al respecto.

En ese momento, no se contaba con personal capacitado específicamente para la detección y el manejo de problemas de salud mental en el primer nivel de atención. Aunque en uno de los sitios había tamizajes de forma aleatoria, estos no se llevaban a cabo de manera constante ni sistemática en ninguno de los centros evaluados. En la tabla 1 se muestran los hallazgos de línea base, en 2023.

Antes de la implementación	
	Barreras
Región Andina	
• Falta de acceso a servicios de salud mental especializado y demora en la asignación de citas de control (psiquiatría). • Insuficiencia de profesionales en salud mental o poco personal de salud entrenado (alta rotación). • Subestimar los síntomas asociados con la salud mental de los pacientes. • Prejuicios y estigma en torno a la salud mental.	
Región del Amazonas	
• La dispersión geográfica y limitados medios de transporte dificultan el acceso a los servicios de salud mental. • Las diferencias culturales y lingüísticas en comunidades indígenas afectan la comprensión, la adherencia al tratamiento y el seguimiento clínico. • Alta rotación del personal de salud. • El estigma, el miedo a ser identificado y la falta de reconocimiento del malestar limitan el uso de los servicios. • La falta de articulación intersectorial restringe la atención continua en salud mental.	

Antes de la implementación



Facilitadores

Región Andina

- Atención en salud oportuna para el paciente.
- Puntualidad en la prestación de servicios.
- Disponibilidad de agenda para interconsulta con psicología y trabajo social.
- Espacios privados para las consultas.
- Intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo.

Región del Amazonas

- Se realizan visitas periódicas a comunidades rurales para generar confianza y atender necesidades en salud.
- Se usan diversos canales y enfoques interculturales para educar y comunicar en salud mental.
- Existen rutas, líneas de atención y programas móviles que acercan los servicios a la comunidad.
- Se implementan estrategias para retener personal y fortalecer la atención con enfoque diferencial.

Antes de la implementación



Uso de tecnologías

Región Andina

- Modelo (tamizaje y confirmación diagnóstica) práctico e innovador (apoyo para el diagnóstico personalizado).
- Necesidad de un orientador para apoyar el proceso de tamizaje.
- Descongestión y descentralización del área de salud mental.

Región del Amazonas

- Modelo (tamizaje y confirmación diagnóstica) práctico e innovador (apoyo para el diagnóstico personalizado).
- La accesibilidad y confianza en el orientador local fortalecen el vínculo entre paciente y servicios de salud mental.
- Es clave sensibilizar al personal sobre la utilidad y efectividad del modelo de atención.
- La conectividad limitada y la falta de medios tecnológicos requieren alternativas para el seguimiento continuo de los pacientes.

Antes de la implementación



Región Andina

- En esta evaluación se valoró la capacidad organizacional y los factores clave de implementación. Se destacó que el modelo podía ser adoptable, aceptable y apropiado para el funcionamiento del sitio. Sin embargo, la viabilidad y el liderazgo organizacional fueron los factores con calificación más baja, lo cual se relacionó tanto con el tiempo insuficiente en consulta médica para intervenciones como con la percepción de sobrecarga laboral por parte de los proveedores.

Región del Amazonas

- En esta evaluación se valoró la capacidad organizacional y los factores clave de implementación. Se destacó que el modelo podía ser adoptable, aceptable y apropiado para el funcionamiento del sitio, y que existía un liderazgo identificado para su implementación. Sin embargo, la viabilidad y el acceso fueron los factores con la calificación más baja, lo cual se relacionó tanto con el tiempo insuficiente en consulta médica para intervenciones como con la percepción de sobrecarga laboral por parte de los proveedores.

Tabla 1. Hallazgos de las mediciones de la línea base

A partir de los hallazgos de la línea base, se organizaron mesas de trabajo orientadas al análisis y diseño de estrategias para adaptar el modelo DIADA a los procesos específicos de cada sitio de atención. En la región amazónica se acordó capacitar a proveedores, gestores y personal asistencial en la detección y manejo de trastornos mentales, e incluir a promotores de salud en las estrategias de seguimiento. En la región Andina se capacitó al personal médico de atención primaria, asegurando además un entrenamiento continuo, debido a la alta rotación del personal en ambas regiones.

En cuanto a la población objetivo, se acordó realizar el tamizaje a pacientes de medicina general, incluyendo gestantes y personas del Programa de Crónicos, particularmente en la región Andina, atendidos por proveedores previamente capacitados. Respecto a la infraestructura tecnológica, se instaló un quiosco por sitio en la sala de espera y se desarrolló una herramienta de apoyo para la confirmación diagnóstica en los equipos existentes de los consultorios, a fin de optimizar los recursos disponibles. Para la difusión, se estableció crear material gráfico que promoviera el conocimiento del modelo de atención DIADA.

En la región del Amazonas se diseñó un instrumento comparativo que integraba los cuestionarios de tamizaje con recomendaciones específicas para cada pregunta, basado en las sugerencias de trabajadores indígenas de los sitios, a fin de facilitar la comunicación efectiva con pacientes cuya lengua materna no fuera el español. Además, se entrenó al personal de investigación para mejorar el abordaje de los participantes durante el tamizaje. Se incluyó un asistente de investigación indígena en Mitú, y en Leticia se incorporó personal con experiencia en el trabajo con comunidades indígenas, lo cual también se realizó en Mitú, donde se sumaron personas con experiencia en este tipo de trabajo.

Con estos ajustes, las actividades de implementación empezaron con el entrenamiento del personal de salud. En marzo de 2024, comenzó el tamizaje de pacientes mayores de edad, así como el proceso de reclutamiento de la cohorte, el cual concluyó el 31 de marzo de 2025. Durante este periodo se tamizaron 14 746 personas adultas en consulta externa. El 24 % de los participantes presentó resultados positivos para, al menos, uno de los trastornos mentales evaluados por el modelo DIADA: depresión, consumo riesgoso de alcohol y ansiedad. El 76 % restante no mostró síntomas que requirieran atención e intervención por parte del médico tratante (figura 4).



Proyecto DIADA

tamizaje, tamizaje positivo, confirmación diagnóstica

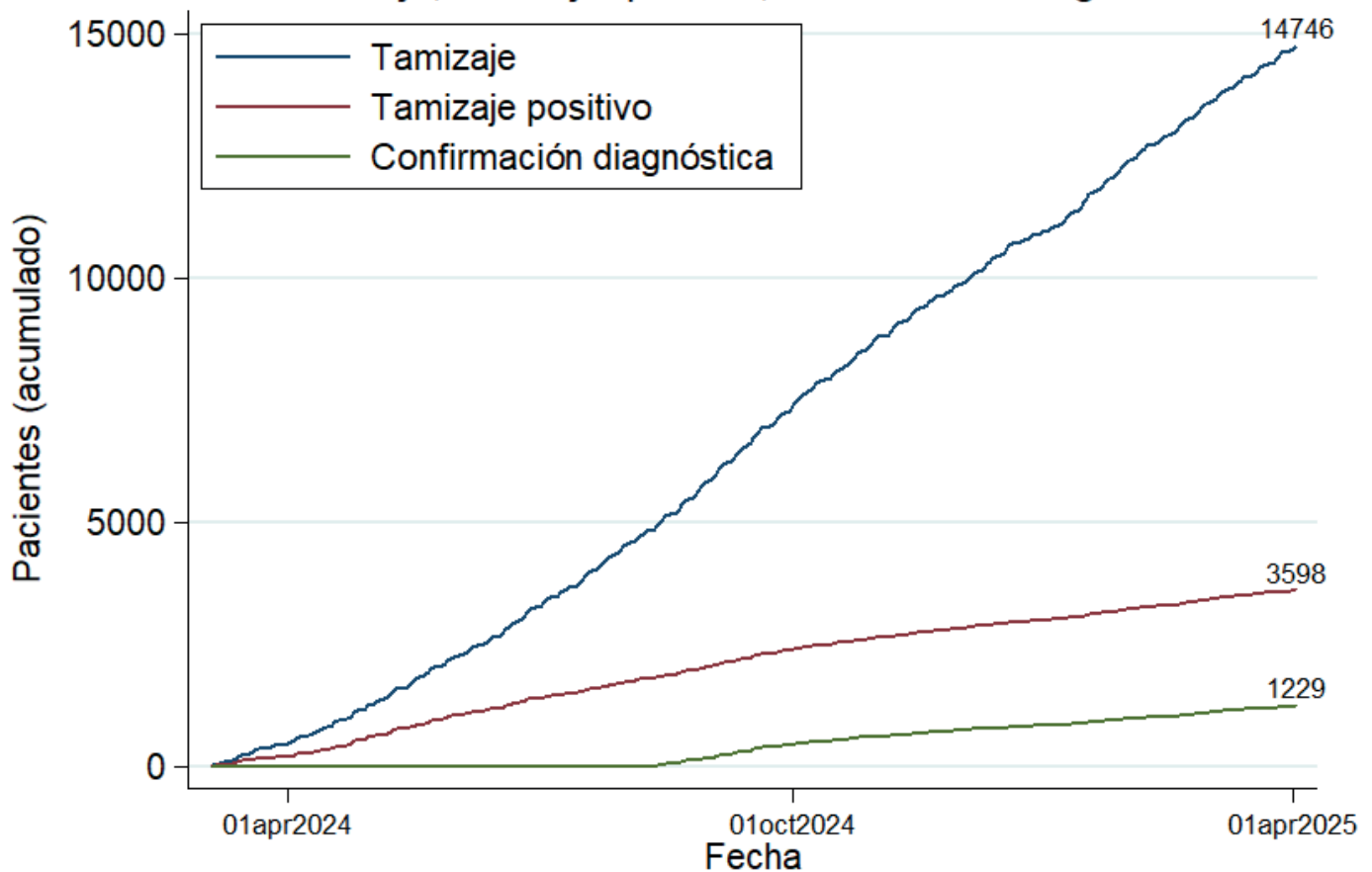


Figura 4. Resultados de la implementación del modelo DIADA



Personal de salud entrenado
118 personas



Confirmaciones
diagnósticas
1229 (34 %)



Total tamizajes
14 746



Proporción tamizajes positivos: 3598
personas con síntomas (24 %)

Por cada 20 personas, 5 presentan síntomas relacionados con algún trastorno y solo una puede tener signos severos o moderados (generalmente son leves)

Entre quienes obtuvieron resultados positivos en el tamizaje, el 34 % fue diagnosticado por médicos capacitados después de la interpretación clínica y la reevaluación de los síntomas. Es importante señalar que las mujeres fueron la mayoría de la población total atendida (n = 10 373), como se observa en la figura 5. Cuando fue evidente el malestar emocional de los pacientes, los médicos confirmaron el diagnóstico tras controlar los síntomas y programaron seguimiento continuo, para garantizar una atención integral y coordinada según las necesidades individuales.

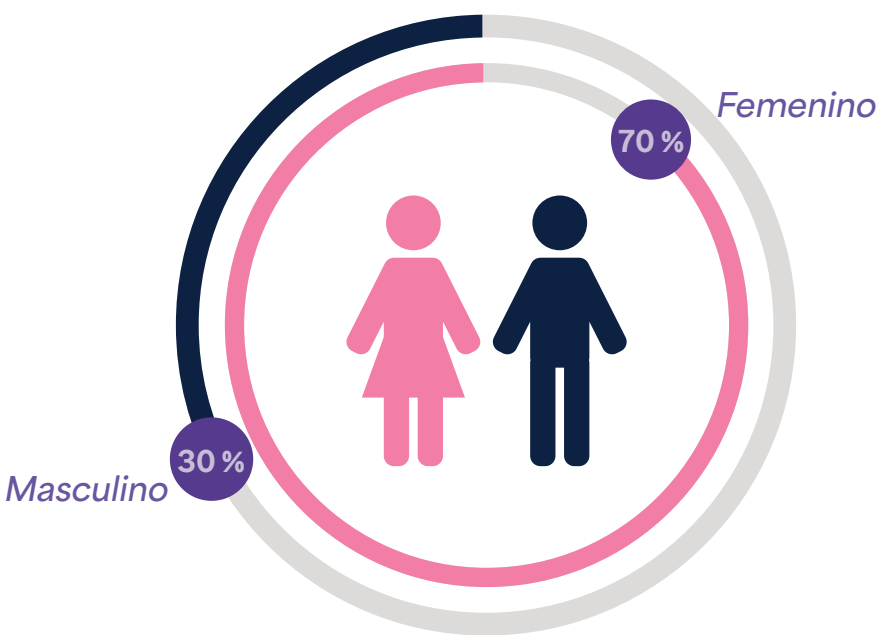
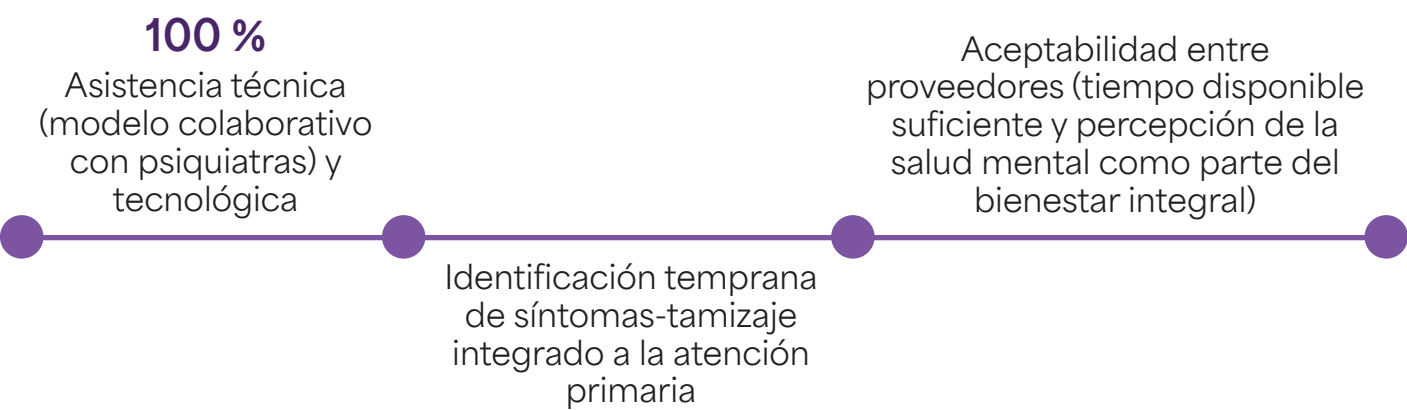


Figura 5. Distribución por sexo de los diagnósticos hallados según el tamizaje

Tras implementar el modelo de atención DIADA, entre noviembre y diciembre de 2024, se llevó a cabo una nueva evaluación para medir la integración de la salud mental en el nivel primario de cada uno de los sitios. Los cambios más significativos observados fueron:



3.2. Datos sobre depresión

En un 17 % de la población tamizada se detectaron síntomas de depresión, según el instrumento PHQ-9. De estos, la mayoría presentaba síntomas mínimos (puntaje PHQ-9 entre 5 y 9; $n = 1922$ adultos, es decir, el 13 % de los tamizados). Esto fue seguido por un 3 % de pacientes con síntomas leves (puntaje PHQ-9 entre 10 y 14) y un 1 % con síntomas de moderados a severos (puntaje PHQ-9 entre 15 y 27). Como se muestra en la figura 6, esto es equivalente a que de cada 100 pacientes tamizados, 13 tenían síntomas mínimos; 3, leves, y uno entre moderados y severos.

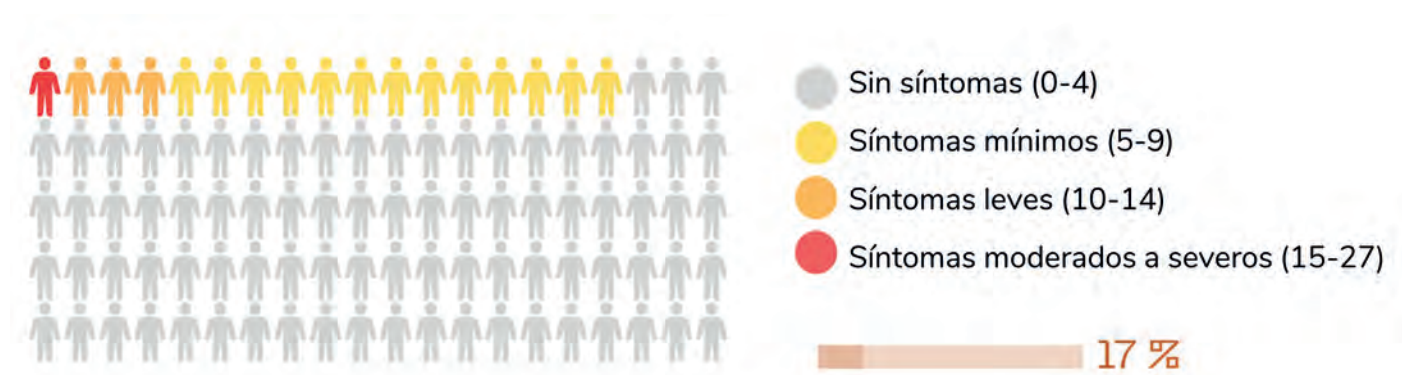


Figura 6. Distribución de los síntomas depresivos según el PHQ-9 y los puntos de corte

Como hallazgo complementario del análisis clínico, se identificaron factores de riesgo recurrentes en la población con síntomas de depresión, incluyendo redes de apoyo insuficientes, impacto del covid-19, limitaciones económicas y roles de cuidado. La evaluación clínica también evidenció casos de dependencia física y financiera asociados con patrones de pensamiento negativo. Igualmente, se reportó que las enfermedades crónicas limitan las actividades diarias de los participantes, lo que los hace más vulnerables a presentar síntomas depresivos.

En la región amazónica, a estos factores se suman creencias culturales relacionadas con la “maldición” y la “maldad”, así como una visión material de la vulnerabilidad, vinculada a la escasez y a las dificultades de subsistencia (28).

En cuanto a la distribución de la población, como se mencionó, se observó una predominancia femenina (figura 7). No obstante, la proporción de hombres aumentó conforme incrementó la severidad de los síntomas depresivos, al pasar aproximadamente del 24 % en síntomas mínimos al 29 % en síntomas de moderados a severos. Estos hallazgos son consistentes con los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental de

2015, que reportó mayor frecuencia de síntomas depresivos en las mujeres (54,7 %) en relación con los hombres (46,4 %) (2). Esta diferencia se atribuye a diversos factores, como antecedentes familiares de depresión, separación conyugal, eventos estresantes, abuso de sustancias, enfermedades crónicas, sedentarismo y cambios hormonales (2).

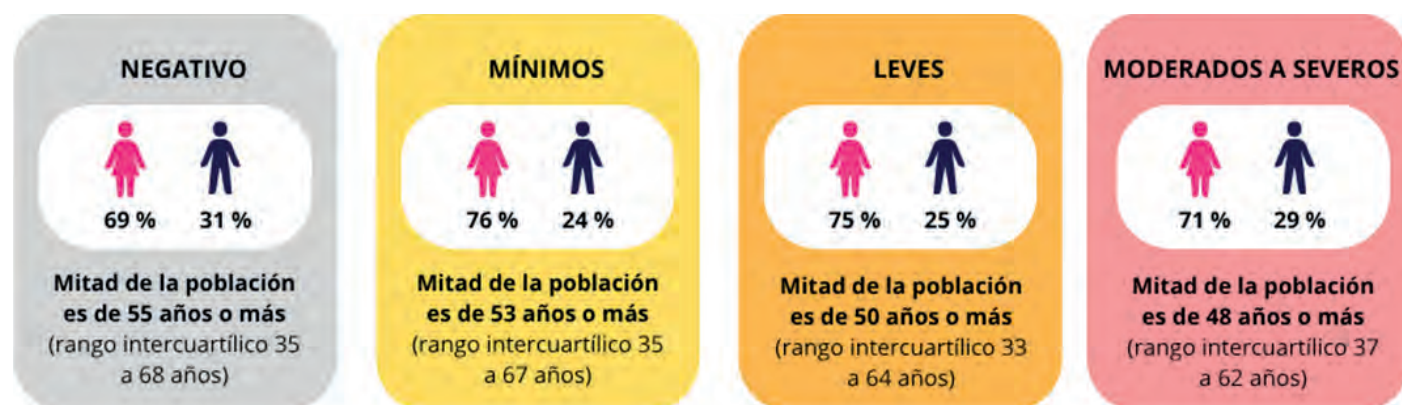


Figura 7. Distribución por sexo y edad de los síntomas depresivos según los puntos de corte del PHQ-9

En el contexto específico de la implementación del modelo DIADA, se identificaron patrones diferenciados por sexo tanto en la región Andina como en la Amazonía. En las mujeres, los síntomas depresivos se asociaron principalmente con las responsabilidades de ser cabeza de hogar o ama de casa sin redes de apoyo adecuadas, así como con casos de violencia intrafamiliar. En los hombres, la sintomatología estuvo relacionada con el desempleo y dificultades económicas.

En cuanto a la distribución de edades según los puntos de corte, se observó que la edad de los pacientes disminuía conforme aumentaba la severidad de los síntomas depresivos (figura 7). Específicamente, la mediana de edad en los pacientes sin síntomas de depresión fue de aproximadamente 55 años o más; mientras que en aquellos con síntomas de moderados a severos descendió a alrededor de 48 años o más.

Según lo observado en la población tamizada, es posible que las personas de mayor edad cuenten con redes de apoyo más consolidadas, en parte debido a situaciones de dependencia que favorecen su acompañamiento. En contraste, los adultos jóvenes suelen mantener roles de cuidado y atravesar etapas de transición en ámbitos laborales, económicos y familiares, lo que aumentaría su vulnerabilidad a síntomas depresivos. En la región Andina, en particular, se evidenció que algunos pacientes con síntomas mínimos y leves manifestaron durante el tamizaje y evaluación clínica sentirse dependientes de sus cui-

dadores, además de haber experimentado un deterioro significativo de su bienestar tras haber contraído covid-19.

3.3. Datos sobre consumo riesgoso de alcohol

El instrumento AUDIT se empleó como herramienta de tamizaje para identificar el consumo de alcohol en pacientes adultos atendidos en los sitios de atención. Los resultados indicaron que únicamente el 3 % de la muestra (n = 527 personas) presentó un patrón de consumo riesgoso (puntaje AUDIT entre 8 y 15) (figura 8). De este grupo, solo el 0,6 % mostró indicios de un consumo perjudicial (puntaje AUDIT entre 16 y 19) o posible dependencia al alcohol (puntaje AUDIT entre 20 y 40). Durante el tamizaje y evaluación clínica, varios participantes señalaron que la facilidad de acceso al alcohol, junto con ciertas dinámicas sociales y familiares, los hacía más propensos a desarrollar un consumo riesgoso o problemático. Además, se reportaron dificultades personales, alteraciones económicas y laborales, así como antecedentes de trastornos mentales, como depresión y ansiedad.

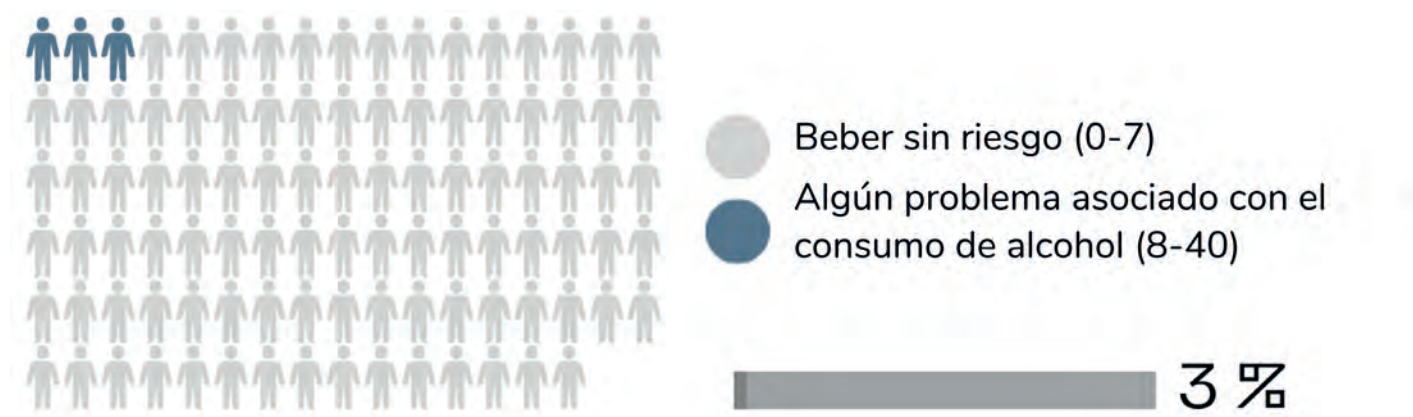


Figura 8. Distribución del AUDIT según puntos de corte para consumo de alcohol

La baja frecuencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol durante el tamizaje se explicaría por enfermedades crónicas en la mayoría de la población tamizada, así como por los tratamientos médicos en curso, los cuales suelen incluir recomendaciones explícitas sobre los riesgos y efectos negativos del consumo de alcohol. Sin embargo, durante la evaluación clínica se identificó que algunos pacientes presentaban una ingesta considerablemente elevada, a pesar de que el tamizaje no había evidenciado un consumo

de riesgo. Asimismo, algunos pacientes tendieron a minimizar el problema o no eran plenamente conscientes de los riesgos para la salud asociados con su consumo; además, no comunicaban de forma abierta sus hábitos con el médico y, en algunos casos, optaban por ocultar información, debido al estigma vinculado al consumo de alcohol.

Según la distribución por sexo, de acuerdo con los resultados del AUDIT, se observó que la mayoría de los casos de consumo riesgoso, perjudicial y probable dependencia correspondieron a hombres, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad masculina frente al consumo de alcohol.

Durante el tamizaje y en otros momentos del proceso de implementación, los hombres fueron quienes mencionaron que alteraciones en su situación económica, dinámicas sociales y familiares complejas influyeron en su consumo de alcohol. En el caso de las mujeres, se evidenció una mayor vulnerabilidad al consumo problemático de alcohol, asociada con experiencias de violencia intrafamiliar y circunstancias personales adversas.

Por último, la edad de los pacientes disminuía conforme aumentaba el perfil de riesgo en el consumo de alcohol, con una excepción en el grupo con probable dependencia (figura 9). En tanto la mitad de los pacientes sin consumo de riesgo tenía una edad de 55 años o más, los pacientes con algún patrón de consumo de riesgo tenían una edad cercana a los 40 años o más. De acuerdo con lo observado en la implementación, la presencia de comorbilidades por enfermedades crónicas, cuya prevalencia aumenta con la edad, se puede relacionar con menor consumo de alcohol.

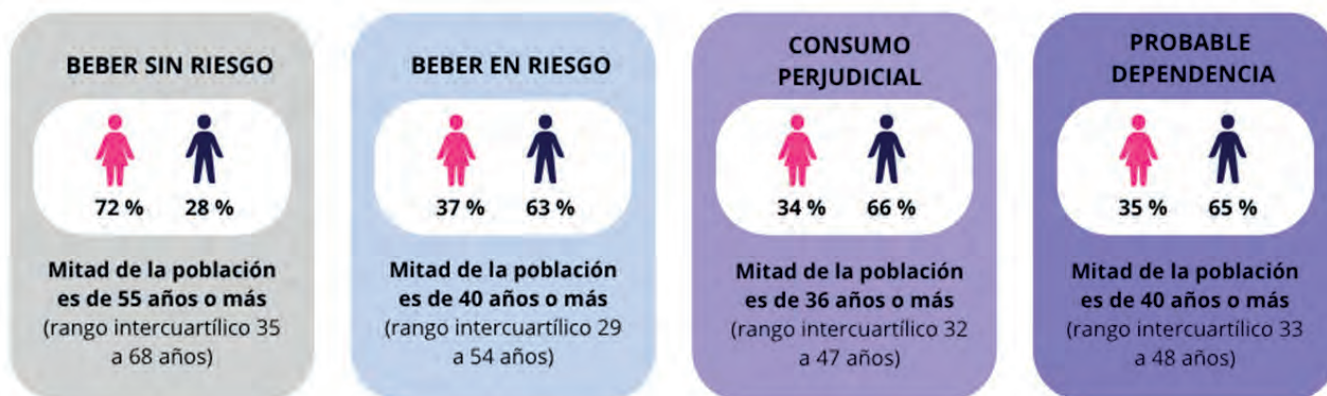


Figura 9. Distribución por sexo y edad para consumo riesgoso de alcohol según los puntos de corte del AUDIT

3.4. Datos sobre ansiedad

La prevalencia de síntomas relacionados con la ansiedad fue cercana al 3,5 % entre los pacientes de los sitios de estudio, según el instrumento GAD-7. De la muestra total de pacientes tamizados, 516 personas tuvieron alguna manifestación interpretada clínicamente por el médico tratante. De estos, 216 sujetos, correspondiente al 1,46 %, presentaron síntomas leves (puntaje GAD-7 entre 5 y 9); el 1,3 % mostró síntomas moderados (puntaje entre 10 y 14), y el 0,7 % manifestó síntomas severos (n = 109 personas; esto es, un puntaje entre 15 y 21). En la figura 10 se muestra la proporción de pacientes con síntomas relacionados con ansiedad, en comparación con aquellos sin ningún signo, según el instrumento GAD-7.



Figura 10. Distribución de los síntomas ansiosos del AUDIT según los puntos de corte

Durante la implementación del modelo y la evaluación clínica, muchos pacientes expresaban pensamientos repetitivos centrados en preocupaciones económicas, conflictos familiares (particularmente con hijos o pareja) y el deterioro de enfermedades preexistentes, en especial aquellas asociadas con dolor crónico. Es relevante señalar que una parte significativa de los pacientes con resultado positivo en el tamizaje manifestó de forma reiterada una preocupación constante por aspectos de su vida cotidiana y el manejo de su salud.

En la región Andina, los factores más mencionados incluyeron las dificultades para acceder a la formulación y entrega de medicamentos, así como las pocas citas médicas disponibles con especialistas para garantizar la continuidad de sus tratamientos. En la región Amazónica también se reportó poca disponibilidad de citas con especialistas en algunos casos, pero no de manera generalizada, y no se señalaron problemas similares con los medicamentos. En este contexto, es posible que exista una relación circular: por un lado, las

barreras en el acceso al sistema de salud podrían generar o intensificar síntomas de ansiedad; por el otro, la presencia de ansiedad amplificaría la percepción de estas dificultades y ello aumentaría la preocupación y el malestar general del paciente.

En cuanto a la distribución por sexo, se observó que la proporción de hombres variaba según la severidad de los síntomas de ansiedad (figura 11). Aproximadamente, el 30 % de la población sin síntomas de ansiedad eran hombres, una proporción similar entre aquellos con síntomas severos, que alcanzó un 31 %. En contraste, el 23 % de los pacientes con síntomas leves de ansiedad eran hombres, y el 24 % en el grupo con síntomas severos. Esto sugiere que aun cuando la distribución por sexo se mantiene relativamente equilibrada en diferentes niveles de severidad de los síntomas, existe una ligera tendencia a que estén más presentes en los hombres de los grupos con síntomas severos.

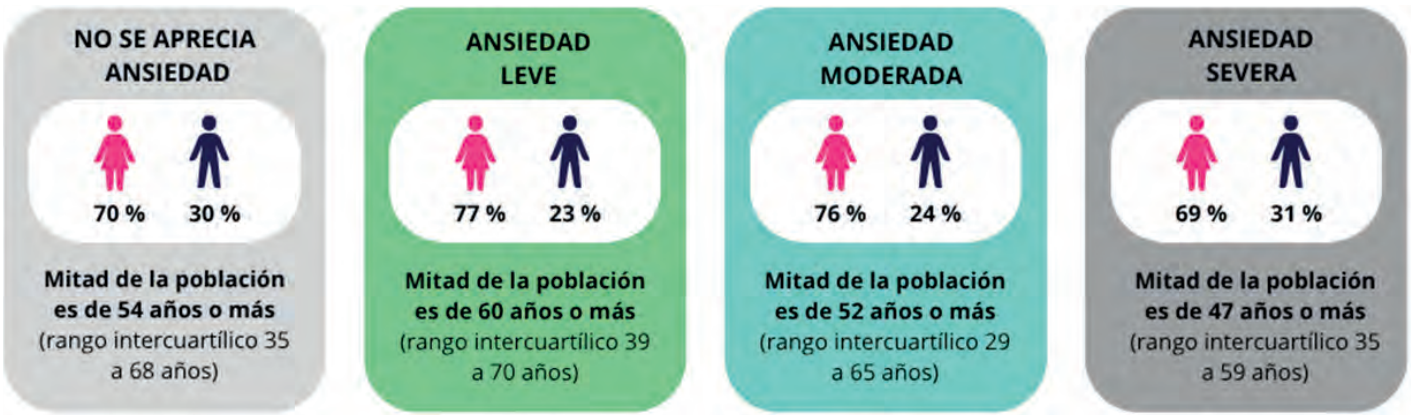


Figura 11. Distribución por sexo y edad de los síntomas ansiosos según los puntos de corte del instrumento GAD-7

En la evaluación clínica, las mujeres expresaron sentirse preocupadas, nerviosas y con síntomas de ansiedad, debido a cargas desiguales en el ámbito doméstico, responsabilidades como cuidadoras, dificultades económicas y condiciones laborales adversas, incluyendo la inestabilidad en empleos formales. En el caso de los hombres, los principales factores de riesgo para la aparición de síntomas de ansiedad fueron la inseguridad laboral y la vulnerabilidad financiera.

Por último, la edad media era más baja entre las personas con síntomas moderados y severos (la mitad de la población tenía 52 años y 47 años o más, respectivamente), en comparación con aquellos que presentaron síntomas leves, cuyo rango de edad fue mayor, con una mediana de 60 años o más (figura 11). Según lo manifestado por la población tamizada, la frecuencia de síntomas de ansiedad fue mayor en los adultos, lo cual se atribuyó principalmente a preocupaciones relacionadas con sus aspiraciones laborales o financieras, dinámicas familiares complejas y el empeoramiento de enfermedades pre-existentes.



4. Seguimiento y evolución de los participantes de la cohorte



A los pacientes con diagnóstico confirmado de algún trastorno mental abordado por el proyecto (depresión, consumo riesgoso de alcohol y ansiedad) se les invitó a participar en una cohorte para realizarles un seguimiento a los tres, seis, nueve y doce meses posteriores al diagnóstico, tras haber otorgado su consentimiento informado. Los objetivos fueron, por un lado, explorar la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo y, por el otro, conocer el impacto del estado de salud mental en la salud general de los participantes.

Los datos recopilados evidenciaron una tendencia general de mejoría sintomática en los puntos de control establecidos durante el seguimiento. Asimismo, el monitoreo continuo permitió la activación oportuna de rutas de atención en los casos que lo requirieron, bajo la supervisión del equipo clínico de los sitios de estudio. Ello contribuyó a una evolución más favorable y sostenida a lo largo del tiempo.

En el marco de este seguimiento, también se llevaron a cabo reuniones periódicas y colaborativas entre los médicos generales de los sitios de atención y los psiquiatras del proyecto. Con estas interacciones fue posible implementar el modelo colaborativo, como una estrategia viable para aumentar la confianza y la capacidad del personal de atención primaria en el manejo de pacientes con trastornos mentales. Así, mediante revisiones de caso, el personal de salud fortaleció sus competencias y habilidades (4).

En los siguientes apartados se presenta la evolución de los síntomas según cada problema de salud mental tratado.

4.1. Evolución de los síntomas depresivos según el PHQ-9

Los resultados obtenidos con el PHQ-9 mostraron una disminución constante de los síntomas desde el inicio del seguimiento al tercer mes. Se pasó de un puntaje promedio de 8 (depresión leve) a cerca de 3, valor que se encuentra dentro del rango de ausencia de síntomas depresivos (figura 12). Aunque desde este punto la mayoría de los participantes se ubicaron en el rango de ausencia de síntomas depresivos, hasta el tercer seguimiento (mes 9) el promedio se ubicó cerca de 0, el cual se mantuvo hasta el final y reflejó una evolución positiva del cuadro clínico.

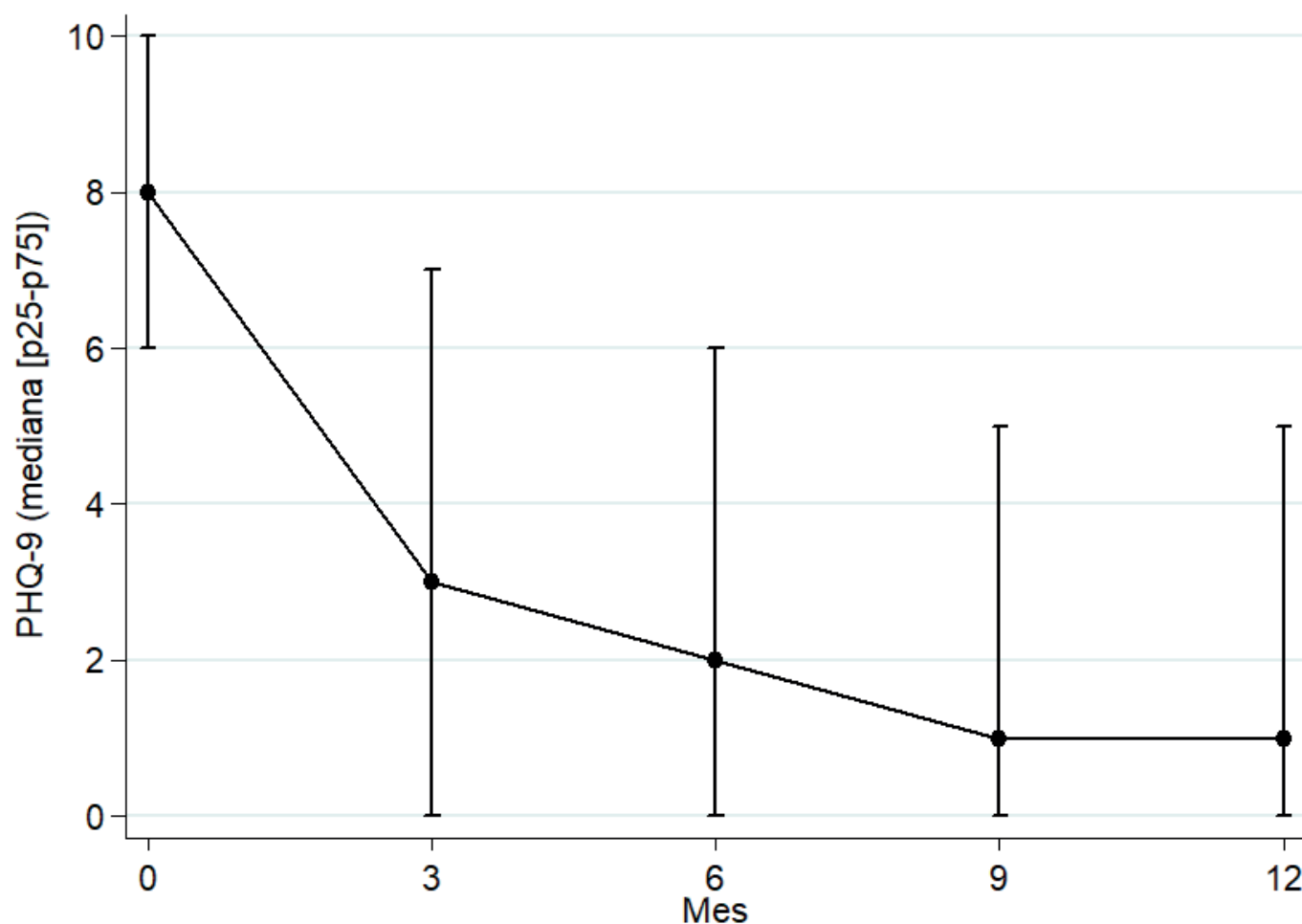


Figura 12. Evolución de síntomas depresivos según el PHQ-9

4.2. Evolución del consumo riesgoso de alcohol según el AUDIT

A partir de los resultados obtenidos con el AUDIT se evidenció una disminución constante de los síntomas desde el inicio del seguimiento al tercer mes (figura 13). Aunque desde este punto la mayoría de los participantes se ubicaron debajo del umbral de riesgo, hasta el final del seguimiento (mes 12) el promedio se ubicó cerca de 0, lo cual sugirió una respuesta favorable en la reducción del riesgo asociado con el consumo de alcohol.

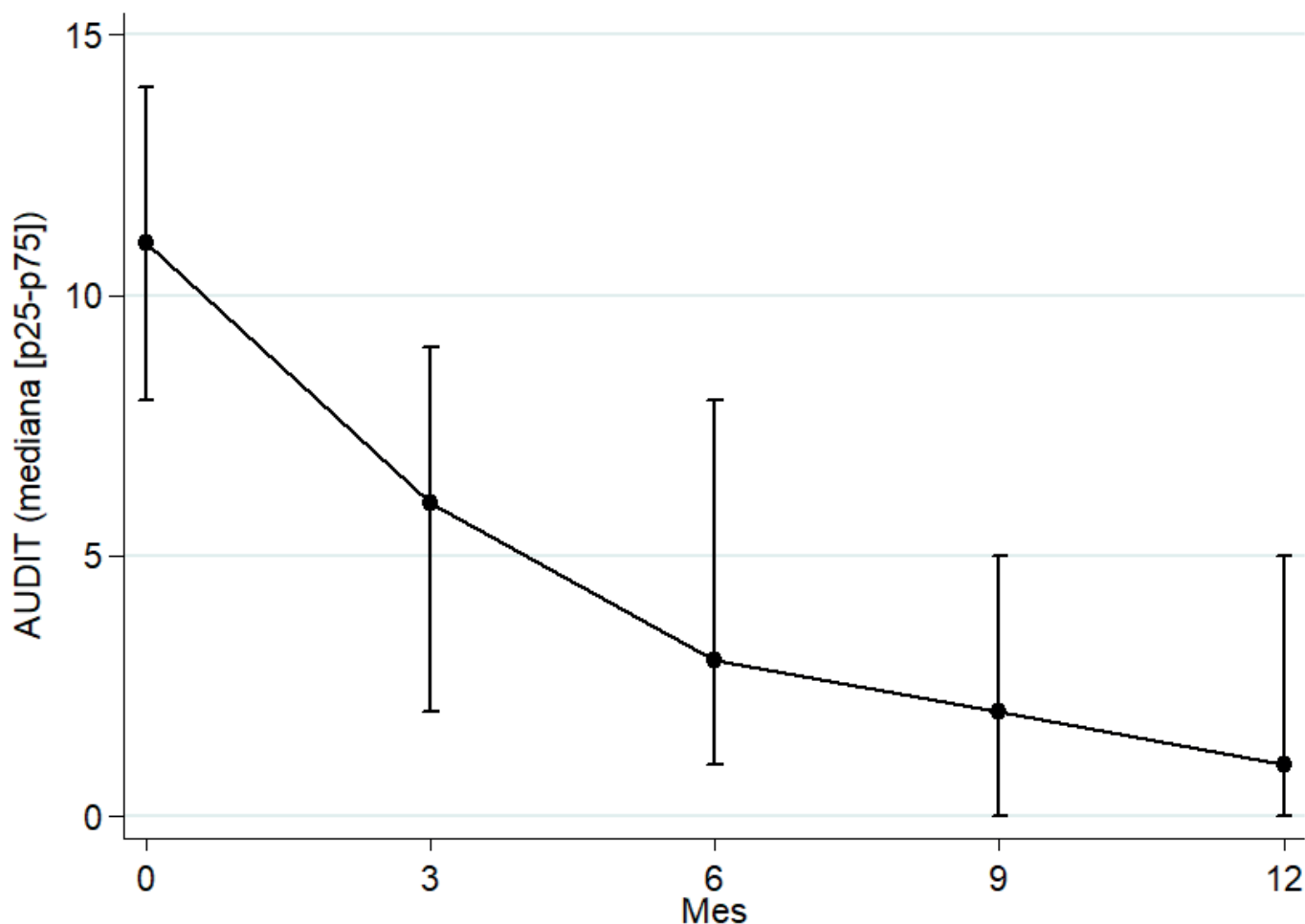


Figura 13. Evolución del consumo riesgoso de alcohol según el AUDIT

4.3. Evolución de los síntomas ansiosos según el GAD-7

Dados los resultados con el GAD-7, hubo una disminución progresiva de los síntomas de ansiedad desde el inicio del seguimiento, pues se pasó de un puntaje promedio de 10 (ansiedad moderada) a aproximadamente 4 en el primer seguimiento (figura 14). Este valor continuó disminuyendo en los seguimientos posteriores, hasta alcanzar un puntaje cercano a 0 en el mes 9, correspondiente a la ausencia de síntomas de ansiedad. Esto indicó una respuesta favorable en la reducción del riesgo, la cual se mantuvo estable hasta el último seguimiento, en el mes 12.

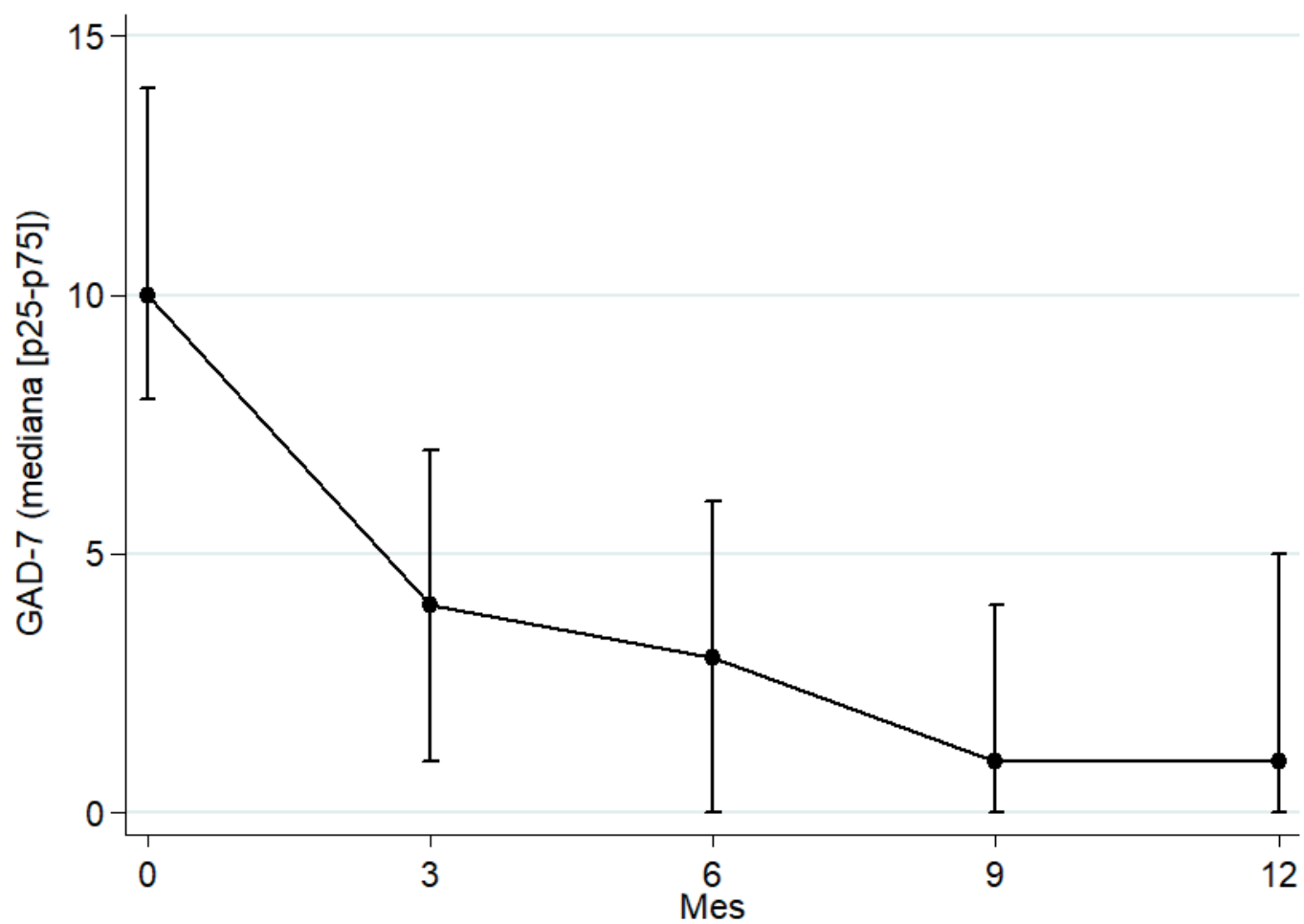
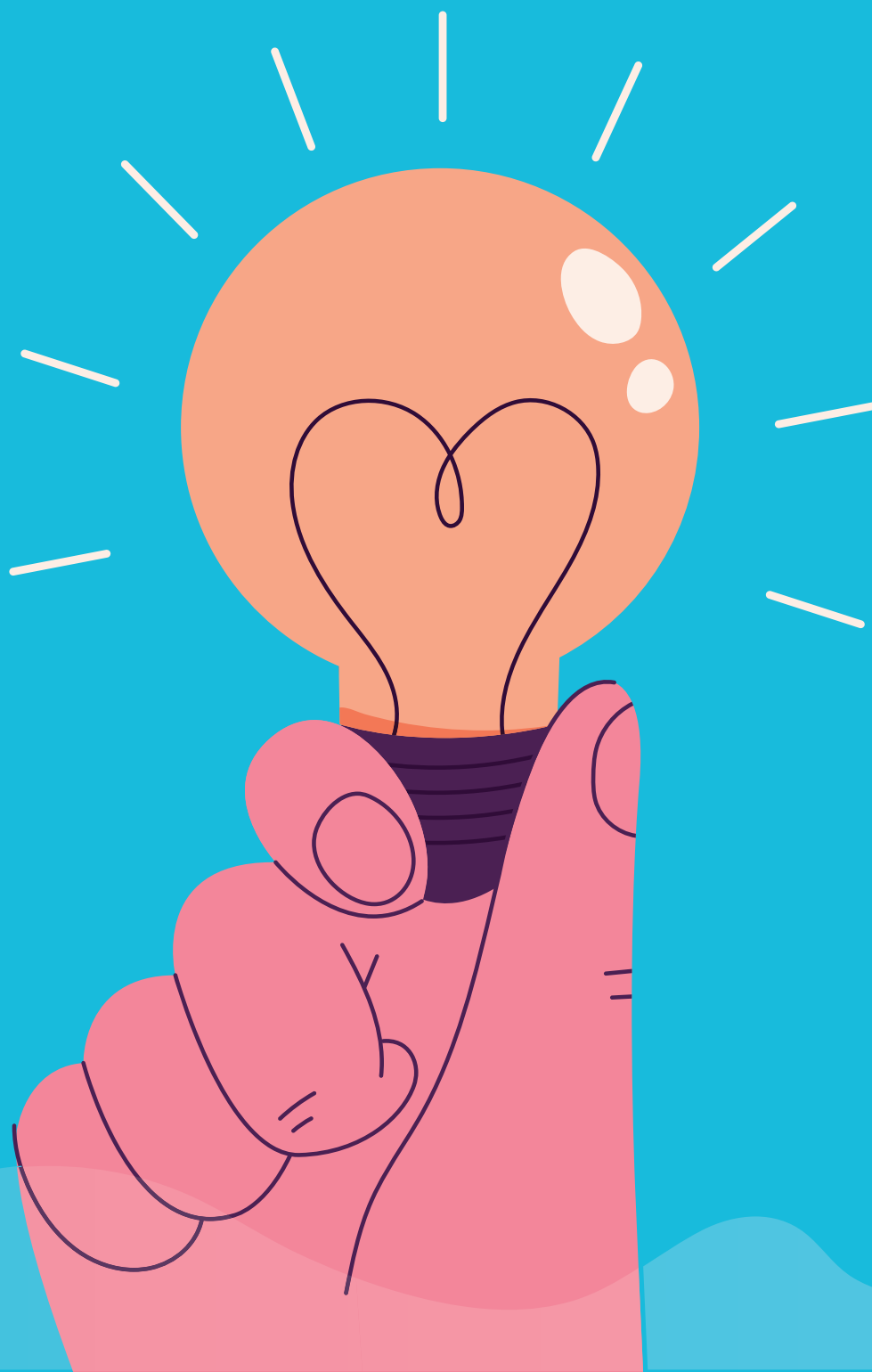


Figura 14. Evolución de los síntomas ansiosos según el GAD-7

5. Lecciones aprendidas



“El reconocimiento de los usuarios respecto al proyecto DIADA, la satisfacción que ellos generan, el plus que se genera porque no lo tienen, el reconocimiento de otras sedes, creo que son muchísimas partes positivas que podemos encontrar respecto al proyecto de DIADA” (entrevista con personal administrativo de la región Andina).

Durante la implementación del modelo de atención DIADA, nuevamente se realizaron diversas mediciones, con el fin de evaluar la integración de la atención en salud mental en el nivel primario de los sitios de estudio. Para ello, se aplicaron instrumentos como el IMI-CO, entrevistas semiestructuradas y grupos focales, en los cuales participaron pacientes, personal de salud y personal administrativo en las cuatro ciudades: Bogotá, Tunja, Leticia y Mitú (figura 15).



Personal de salud

Región Andina

- Algunos profesionales partícipes de la primera implementación DIADA.
- Profesionales de la salud como médicos generales, psicólogos, jefes de enfermería, etc., en los sitios de atención.

Región de la Amazonía
Alta rotación del personal.
 Personal administrativo
Participación de perfiles diversos, soporte tecnológico, logística, subdirecciones, etc., en todos los centros médicos.
 Pacientes
Región Andina
Adultos mayores, Programa de Crónicos, mujeres en gestación y pacientes de consulta general.
Región de la Amazonía
Población indígena, atención intercultural, brigadas extramurales y pacientes de consulta general.

Figura 15. Caracterización de los participantes del estudio según grupo de pertenencia

“Yo creo que se destaca lo preventivo que es. El paciente no tiene que estar desbordado, llegar hasta un punto para que el paciente pueda ser atendido. Puede ser en una cita de medicina general, que viene por otra cosa, pero que realmente hizo el tamizaje y pueden evidenciar cosas que pueden mejorar. Entonces creo que eso es positivo, que sea como tan preventivo” (entrevista con personal administrativo de la región Andina).

Este apartado presenta los principales aprendizajes obtenidos a partir de las mediciones y de la observación en los cuatro sitios de estudio. La implementación del modelo DIADA se llevó a cabo como un proceso colaborativo, en el cual el diálogo constante fue clave para su desarrollo y apropiación. El análisis se organizó en torno a tres ejes orientadores (figura 16): *facilitadores*, *barreras* y *sostenibilidad*. Por su parte, la *apropiación tecnológica* se considera un elemento transversal, dado que el modelo se fundamenta en el uso de herramientas tecnológicas.



Figura 16. Resumen de las lecciones aprendidas

5.1. Facilitadores

Los *facilitadores* se refieren a todos aquellos elementos que permitieron el buen desarrollo de la implementación del modelo de atención DIADA, entre estos las percepciones positivas. En los centros de atención se identificaron cuatro tipos de facilitadores: 1) la disponibilidad de tiempo en la consulta y el soporte tecnológico, 2) las estrategias de los centros médicos para apoyar la implementación, 3) la participación de personal especializado en salud mental y 4) el liderazgo clínico hacia la salud mental y disposición institucional para reconocer la salud mental como prioridad (figura 17), que se detallan a continuación:

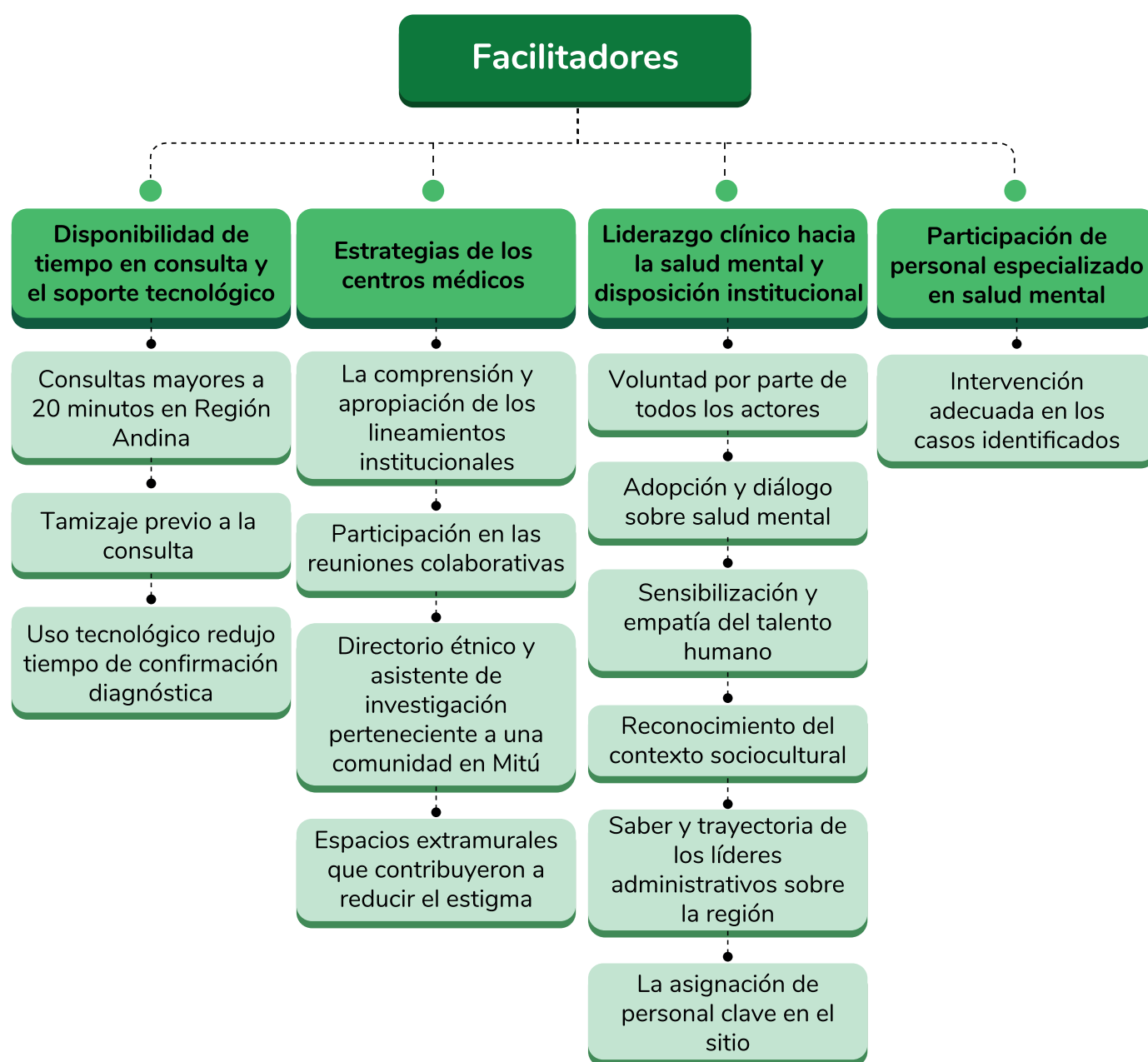


Figura 17. Facilitadores para la implementación del modelo DIADA

5.1.1. Disponibilidad de tiempo en consulta y el soporte tecnológico

En relación con la disponibilidad de tiempo en consulta y el soporte tecnológico, se identificó que:

- Tener citas más extensas, en comparación con la atención general, facilitó la discusión de aspectos de la salud mental como parte del cuidado integral del paciente. En este sentido, los proveedores señalaron que los espacios de consulta mayores a 20 minutos (como el Programa de Crónicos en Bogotá, con 40 minutos; control prenatal, con 40 minutos, y las de mantenimiento y promoción de la salud en Tunja, con un tiempo similar) permitieron la integración del modelo DIADA, porque así se exploraban y abordaban los síntomas reportados por los pacientes durante la cita médica y, además, se identificaban comorbilidades.
- Realizar el tamizaje previo a la consulta, y no durante ella, actuó como un facilitador para la identificación temprana de malestares y casos particulares que requerían atención oportuna, porque el tiempo de consulta se usó de forma eficiente.
- Usar herramientas tecnológicas como parte del despliegue del modelo DIADA favoreció la intervención y redujo el tiempo utilizado durante la cita para la confirmación diagnóstica. Ello, pese a que, en un principio, el manejo de la plataforma generó temor entre los proveedores, quienes percibieron que implicaría una demora en la atención.

5.1.2. Estrategias de los centros médicos

Las principales estrategias de los centros médicos que facilitaron la implementación del modelo DIADA fueron:

- La comprensión y apropiación de los lineamientos institucionales en salud mental por parte de los equipos de los sitios (salud y administrativo). Con ello se articuló el modelo DIADA, orientando adecuadamente la atención de pacientes con síntomas de trastornos mentales y facilitando su remisión oportuna cuando fue necesario.

- Los espacios brindados por los sitios de atención. Ello promovió el encuentro colaborativo con los psiquiatras del proyecto para discutir casos de pacientes con persistencia de síntomas; así, mejoraron su abordaje y fomentaron orientaciones respecto al manejo farmacológico. Además, ayudaron a reducir el temor asociado con abordar la salud mental durante la consulta, especialmente frente a las estrategias terapéuticas sugeridas en la capacitación del modelo de atención DIADA.
- En el caso puntual de Mitú, se evidenció el uso de un “directorío étnico” para facilitar la comunicación entre el personal del centro médico que manejaba alguna lengua propia de la región, los médicos y los pacientes de las distintas comunidades que acudieron al centro médico y el español no era su lengua predominante. Desde este contexto, uno de los facilitadores fue la inclusión de un asistente de investigación perteneciente a una comunidad indígena del territorio, quien permitió una mayor adaptación cultural durante el proceso de tamizaje, a la vez que fomentó la cercanía y confianza con los pacientes para una mejor comprensión de los cuestionarios.
- Particularmente, en Bogotá, la experiencia institucional acumulada durante la primera fase de implementación del modelo DIADA, así como las relaciones consolidadas entre los equipos técnicos del centro médico y la Pontificia Universidad Javeriana, favorecieron una implementación ágil y contextualizada en esta segunda fase, que incluyó además la incorporación del Programa de Crónicos. La confianza entre equipos, el conocimiento compartido de los procesos y un lenguaje común previamente construido permitieron una adaptación del modelo a las nuevas dinámicas y necesidades del sitio.
- Si bien no fueron facilitadores directos para el despliegue del modelo DIADA, en Tunja se evidenciaron espacios de promoción y mantenimiento de la salud en entornos educativos; mientras que en Mitú y Leticia fueron las acciones extramurales para la atención en salud, las cuales funcionan actualmente para cambiar la percepción que existe alrededor de la salud mental y reducir el miedo a acceder a servicios de salud en general. En cuanto al contacto con los pacientes en contextos de difícil acceso en Mitú, se recurrió al directorío de capitanes comunitarios para localizar a los usuarios. Además, se contó con el apoyo de personas clave dentro de las comunidades, quienes por su acceso a medios de comunicación móvil ayudaron a ubicar a algunos pacientes.

5.1.3. Liderazgo clínico hacia la salud mental y disposición institucional

El liderazgo clínico hacia la salud mental y disposición institucional fue un elemento clave para la implementación del modelo DIADA en los centros de atención. Por ejemplo:

- La voluntad de los actores involucrados en el despliegue del modelo DIADA, como una herramienta para identificar el malestar y las afectaciones emocionales de los usuarios, propició un entorno cercano, receptivo y colaborativo, que facilitó la apropiación de los componentes del modelo DIADA en los sitios.
- La adopción del modelo DIADA como parte integral de la atención médica en los cuatro sitios contribuyó a facilitar el diálogo sobre salud mental, motivando a los usuarios a consultar sobre síntomas relacionados.
- La sensibilización del talento humano y la confianza ganada en la consulta general fomentaron la empatía, lo que facilitó la confirmación diagnóstica. Este aspecto fue valorado también por los pacientes, quienes manifestaron que sentirse escuchados les permitió desahogarse y recibir acompañamiento.
- El reconocimiento del contexto sociocultural por parte del personal de salud fue fundamental para identificar aquellos factores que incidían de manera significativa en la salud mental de la población. En la región Andina, por ejemplo, impactos pospandemia, nivel socioeconómico, religiosidad y escolaridad. En la Amazonía, este reconocimiento se dio desde una perspectiva intercultural, con factores como el grupo étnico, el rol de las figuras tradicionales, el uso de plantas medicinales, la dispersión geográfica, la movilidad y transporte, y las prácticas alimentarias. Todo esto favoreció una mejor comprensión de los pacientes y ayudó a personalizar la intervención guiada por el modelo DIADA, adaptándola a las características del contexto.
- La trayectoria de los líderes administrativos y del personal sanitario en la región de cada sitio influyó en las motivaciones del personal nuevo para adoptar los procesos del modelo DIADA.
- La comunicación y el trabajo articulado con los centros médicos promovieron la socialización de avances de la implementación y facilitaron el seguimiento clínico de usuarios puntuales.

- En la Amazonía se destacó la asignación de personal clave en el sitio (por ejemplo, coordinador médico y líder de salud mental), lo cual permitió identificar la necesidad de espacios de aprendizaje colaborativo en el marco de la implementación. Adicionalmente, con la *participación de personal especializado en salud mental* en la Amazonía, se intervino en los casos identificados durante el seguimiento clínico, en los que los pacientes presentaban síntomas persistentes que requerían un abordaje específico desde psicología o psiquiatría.

5.2. Barreras

Las *barreras* se describen como aquellos retos identificados a lo largo de la implementación. En los sitios de atención sobresalieron cuatro retos principales: 1) tiempo limitado de consulta, 2) estigma asociado a la salud mental, 3) desafíos y obstáculos estructurales del sistema de salud y 4) limitaciones de acceso por factores culturales y territoriales. En los siguientes apartados se detallan las barreras señaladas (figura 18).

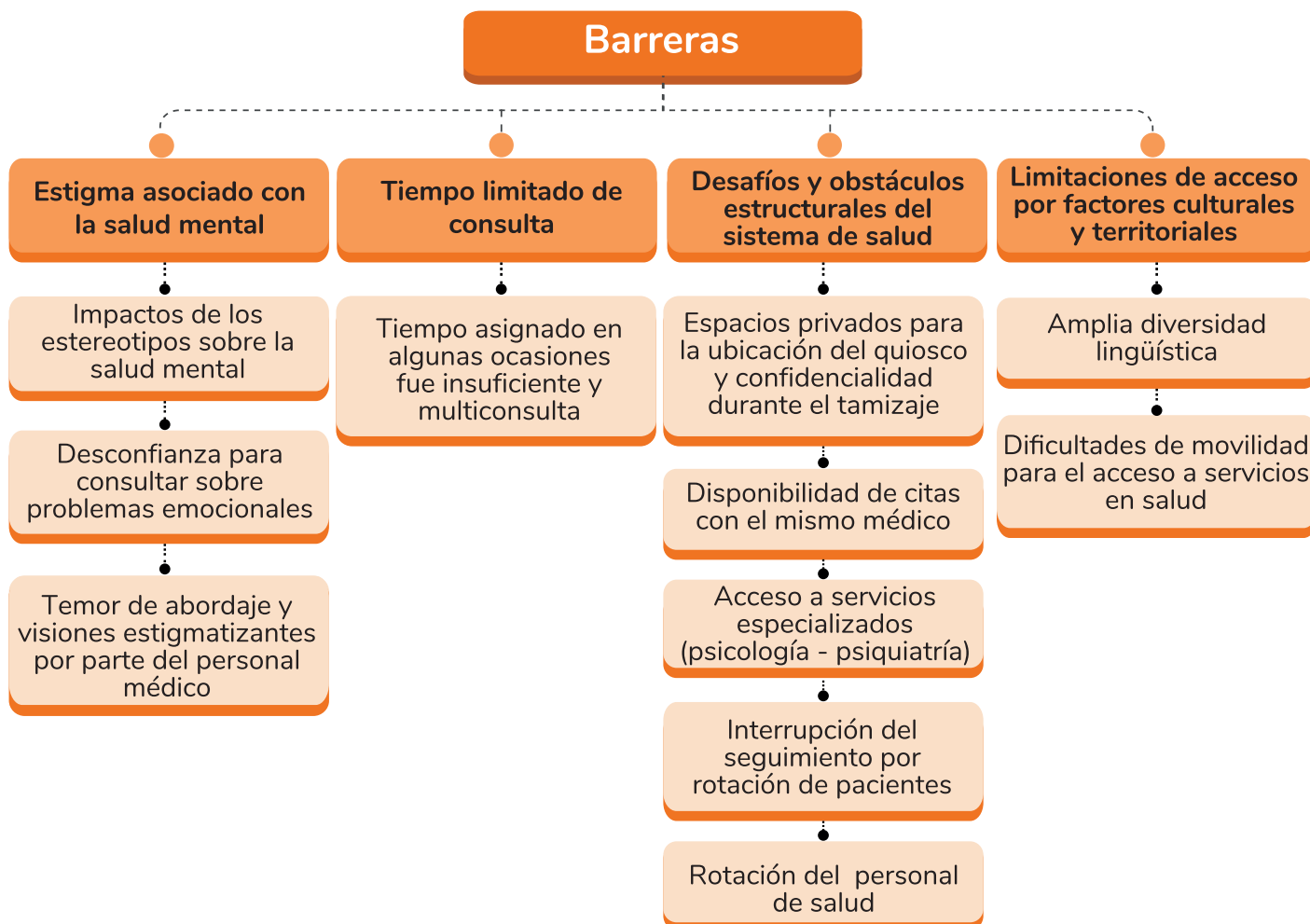


Figura 18. Barreras para la implementación del modelo DIADA

5.2.1. Tiempo limitado de consulta

Con relación al tiempo limitado de consulta, varios médicos partícipes del modelo DIADA expresaron que las atenciones de 20 minutos pueden ser insuficientes para un abordaje integral de trastornos mentales en los usuarios. En particular, el manejo se complejizó en los casos de pacientes con un número elevado de consultas o de aquellos que se comunicaban en su lengua propia, lo que demandó una atención más extensa, amplia y personalizada, para dar respuesta a sus necesidades específicas. Esto resultó ser una barrera, en aras de asegurar una plena integración de la atención en salud mental.

5.2.2. Estigma asociado con la salud mental

El estigma asociado con la salud mental se reconoció de las siguientes formas:

- La persistencia de estereotipos frente a la salud mental. Ello influyó negativamente en cómo algunos pacientes percibieron la inclusión de la atención de trastornos mentales dentro de los servicios en el nivel primario. También la minimización de síntomas de salud mental y factores de riesgo entre los usuarios, particularmente con el consumo de alcohol, dificultaron la aceptación del tamizaje y la recepción a las recomendaciones brindadas por el médico.
- En algunos casos, la desconfianza para consultar sobre problemas emocionales en los servicios de salud no especializados, debido a experiencias previas, los llevó a preferir sus redes de apoyo u otros espacios o prácticas como la iglesia, la oración o la medicina tradicional para encontrar bienestar emocional.
- El personal del sitio expresó temor ante el abordaje de trastornos mentales, debido a la inexperiencia en esta área específica y a la ausencia de especialistas en salud mental en ciertos lugares, lo que dificultaba las derivaciones oportunas. Además, en algunos casos se identificaron visiones estigmatizantes sobre los malestares emocionales, en especial cuando estos se interpretaban como una consecuencia esperable de ciertas condiciones físicas, lo que tendía a minimizar su importancia clínica y a afectar la calidad de la atención.

5.2.3. Desafíos y obstáculos estructurales del sistema de salud

En cuanto a los desafíos y obstáculos estructurales del sistema de salud, se identificó que:

- Aunque la ubicación del quiosco en algunos sitios fue estratégica y personal, en otros el espacio no era completamente privado. Esto, en algunos casos, comprometió la confidencialidad de los pacientes durante el proceso del tamizaje y se convirtió en una barrera durante la implementación.
- La oportunidad de citas con el mismo médico en Bogotá para el seguimiento clínico del diagnóstico realizado en el marco del modelo DIADA impactó negativamente en la aceptabilidad del proceso. Esto afectó el acceso oportuno para verificar la evolución de los síntomas relacionados y monitorear el cumplimiento de las recomendaciones brindadas durante el plan terapéutico, lo que a veces llevó a un empeoramiento del cuadro, generó frustración en los pacientes o mermó la confianza hacia la posibilidad de integrar la salud mental en la atención primaria.
- En Bogotá, Tunja y Leticia era difícil acceder a los servicios especializados –como psiquiatría en los tres sitios de atención, y psicología únicamente en los centros de Bogotá y Tunja–, así como a los medicamentos formulados. Estas limitaciones, siendo parte del plan terapéutico orientado por el médico general, afectaron la viabilidad e integración del modelo DIADA.
- La rotación de algunos pacientes (por cambio de entidad promotora de salud [EPS] o cambio de régimen) no afectó la implementación del modelo DIADA en el sitio, pero sí interrumpió el seguimiento guiado por el médico entrenado, ya que no se tuvieron registros completos sobre su evolución ni se hicieron ajustes personalizados durante la implementación.
- En la región de la Amazonía, la alta rotación del personal sanitario entrenado en el modelo DIADA influyó negativamente en la continuidad del cuidado. La llegada de nuevos médicos no entrenados interrumpió la implementación del modelo en el sitio, pues era necesario que completaran la capacitación antes de iniciar actividades en el modelo.

5.2.4. Limitaciones de acceso por factores culturales y territoriales

La región de la Amazonía plantea limitaciones de acceso por factores culturales y territoriales que repercutieron en la implementación del modelo DIADA. Por ejemplo:

- La amplia diversidad lingüística de los distintos grupos étnicos que acudieron a los servicios en los dos centros médicos representó una barrera, ya que el tamizaje estaba estructurado en español, lo que dificultó que esta población lo comprendiera y se pudiera aplicar. Incluso entre pacientes que hablaban español como segunda lengua, hubo limitaciones en la interpretación de algunos términos y conceptos de los cuestionarios utilizados, afectando la calidad del tamizaje.
- Desde el punto de vista geográfico, la dispersión territorial dificultó a las personas acceder a los servicios de salud, principalmente debido a las largas distancias y el alto costo de traslado hacia el casco urbano donde se sitúan los centros médicos. En el caso de Leticia, durante ciertos periodos de la implementación, la sequía del río Amazonas y sus afluentes redujo significativamente el cauce, lo que las obligó a recorrer largas distancias para abordar las embarcaciones. Estas condiciones afectaron la movilidad y, en consecuencia, limitaron el acceso regular de muchos pacientes a los centros médicos, lo que restringió el seguimiento clínico por parte del personal entrenado en el modelo DIADA.
- Los obstáculos para mantener el contacto con los pacientes diagnosticados tanto en Leticia como en Mitú, quienes en muchos casos no contaban con teléfono móvil, cambiaban de número con frecuencia o residían en zonas sin cobertura de internet.
- La fidelidad en la implementación del modelo se vio afectada, ya que algunos médicos optaron por no intervenir a aquellos pacientes que aseguraban no regresar a corto plazo. En estos casos, priorizaron atender necesidades básicas o remitir directamente a servicios especializados, sin un abordaje de la salud mental cuando hubiera sido posible (cuando se identificaron tamizajes positivos). Ello disminuyó la consistencia en los registros clínicos monitoreados por el equipo implementador.

5.3. Sostenibilidad

La *sostenibilidad* alude a las distintas visiones de los participantes sobre las formas de apropiación del modelo DIADA con los recursos disponibles y las estrategias para mantener la integración de la salud mental en la atención primaria. Esta visión permitió identificar *propuestas* y *retos* relacionados con la sostenibilidad del modelo (figura 19).

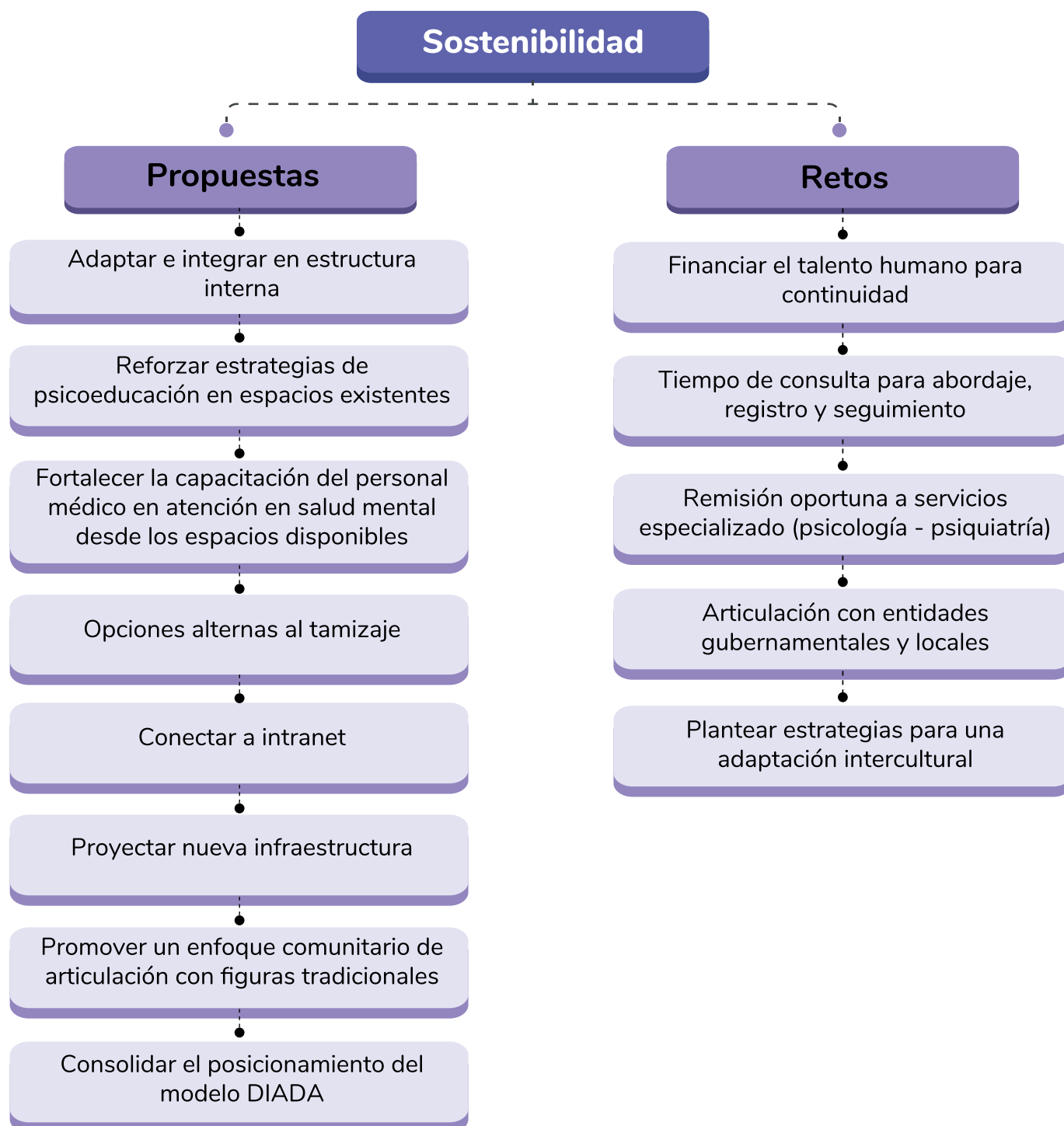


Figura 19. Propuestas y retos para la sostenibilidad del modelo DIADA

5.3.1. Propuestas

Las propuestas de sostenibilidad expresadas por los participantes fueron:

- Adaptar e integrar los procesos propios del modelo DIADA en los protocolos de atención y remisión de los centros de salud, a fin de fortalecer los lazos entre el personal administrativo, los equipos sanitarios y la gerencia médica. Con ello, se identificaría población en riesgo de forma temprana y se le realizaría el seguimiento clínico.
- Reforzar la psicoeducación de la salud mental aprovechando estrategias ya existentes, como el programa de promoción y prevención, charlas en sala, atención en pasillo para el abordaje de diversos tamizajes o talleres de gestor de autocuidado, y articularla también con los equipos básicos de salud y el Plan de Intervenciones Colectivas.
- Fortalecer la capacitación del personal médico en atención en salud mental, aprovechando los espacios formativos disponibles en cada sitio, como la Escuela de Formación en Bogotá.
- En Bogotá, algunos participantes consideraron como opciones alternas al tamizaje en el quiosco, disponer para este proceso de un código de respuesta rápida (QR), mensajería de texto o el uso del correo electrónico.
- En Leticia, conectar las herramientas del modelo DIADA a la intranet institucional para facilitar las actualizaciones y mejorar la conectividad. Además, incorporar campos relacionados con salud mental en la historia clínica, con el fin de apoyar el seguimiento de plan de manejo establecido por el médico general, y vincular a los gestores y el personal de atención al usuario con el desarrollo del tamizaje apoyados en el quiosco.
- En Mitú, proyectar como una oportunidad los nuevos desarrollos en infraestructura para fortalecer la integración de la salud mental en el nivel de atención primaria.
- Para la región de la Amazonía, en general, promover un enfoque comunitario en el que actores relevantes, como las figuras tradicionales, participen en la identificación temprana de signos de alarma y en la activación de rutas de derivación según la sintomatología observada.
- En Tunja, posicionar el modelo de atención DIADA, pues ello se convierte en una carta de presentación institucional. Según los participantes, la credibilidad de los creadores del modelo ha facilitado su integración como una línea central, en cuanto

a programas como cesación del tabaco, consumo de alcohol o atención al paciente crónico, lo que refuerza su continuidad.

5.3.2. Retos

En cuanto a los retos para mantener la integración de la salud mental en el nivel primario de los centros médicos, se contempló:

- Financiar talento humano que oriente a los usuarios para realizar el tamizaje en el quiosco.
- Realizar un abordaje integral tanto de los síntomas físicos como psicológicos de los pacientes en el tiempo de consulta y garantizar su registro en el historial clínico, que permita un seguimiento por cualquier profesional de la salud.
- En Bogotá, Tunja y Leticia, remitir de manera oportuna a los servicios especializados –psicología en Bogotá y Tunja, y psiquiatría en los tres centros de salud–, como un mecanismo para fortalecer el dictamen médico en atención primaria, en los casos que así lo requieran.
- Articulación con entidades gubernamentales y locales para robustecer los servicios, particularmente en salud mental.
- Desarrollar estrategias para una adaptación intercultural y un desglose sociolingüístico del tamizaje, que contemple plenamente a todos los grupos étnicos de la región, con el fin de asegurar una mayor comprensión del cuestionario y del proceso general de implementación del modelo DIADA en la Amazonía.

6. Conclusiones



“Pues, yo me sentí como que muy cómodo con las preguntas. Me explicó bien para qué era, aunque yo no sabía, y después iba entendiendo. Me dio una boletica del resultado que él había hecho para pasar al consultorio y me explicó de lo que iban a llamar” (entrevista con paciente de la región de la Amazonía).

“Yo creo que es más fácil el quiosco para la población joven, porque se conecta más con una pantalla. De pronto es más fácil y más seguro. De pronto, se puede responder de manera consciente, porque nadie te está viendo o nadie te está induciendo a que respondas x o y cosas. En cambio, de pronto ni en el acompañamiento, dependiendo de cómo tú fomentas [sic] una pregunta, tú cambias la respuesta. Entonces hay que mirar cómo, dependiendo de qué nicho de personas estamos hablando, igual si es rico o pobre, con nivel profesional, hasta donde si es una persona de la calle, dependiendo su vulnerabilidad, cambian las cosas” (grupo focal con personal administrativo de la región Andina).

A continuación, se presentan las conclusiones del proceso de implementación del modelo de atención DIADA en los cuatro centros médicos.

6.1. Resultados de implementación



- El modelo DIADA contribuyó a mejorar la detección y manejo de síntomas relacionados con la depresión, el consumo riesgoso de alcohol y la ansiedad en el nivel primario de los centros médicos. Para ello, se implementó el tamizaje como una práctica habitual, junto con la evaluación clínica de los síntomas realizada por el médico general. Este proceso se adaptó continuamente a los factores contextuales propios de los sitios, lo cual permitió una implementación sostenible.

- La capacitación del personal de salud se fortaleció en la detección y la atención de trastornos mentales en atención primaria.
- Las estrategias basadas en tecnología respaldaron al médico en el diagnóstico y en la formulación de recomendaciones terapéuticas, al proporcionar una guía personalizada para los síntomas y necesidades de cada paciente.
- La implementación del modelo DIADA facilitó el diálogo colaborativo entre los médicos de los centros de atención y los especialistas del proyecto, para el manejo de los trastornos mentales detectados en la población a través de revisiones de caso. Con lo anterior, el personal de salud ganó en destreza y habilidad para integrar la atención en salud mental en su consulta y mejorar la detección de síntomas en pacientes con trastornos comportamentales.

6.2. Consideraciones para la sostenibilidad



Se destaca el interés de todos los centros de atención por implementar estrategias para la sostenibilidad del modelo de atención DIADA, al fortalecer los recursos disponibles en el sitio, como el talento humano, los talleres de autocuidado, la capacitación del personal de salud y, finalmente, los espacios para la promoción, prevención y mantenimiento de la salud mental. Además, algunos actores partícipes de los centros médicos comprendieron la importancia de darle

- continuidad al modelo DIADA, pese a los retos de financiación, la disponibilidad de un espacio privado

para realizar el tamizaje y la articulación con actores clave (especialmente con entidades gubernamentales).

En los siguientes apartados se profundiza en los principales aspectos de sostenibilidad del modelo DIADA, desde *facilitadores, barreras y el uso de tecnología* a lo largo de la implementación del modelo.

6.3. Facilitadores



- A pesar de las limitaciones de tiempo en la consulta, una mayor disponibilidad de espacio en la atención permitió, en el caso de la región Andina, una intervención ágil y efectiva, que en varios casos evitó la remisión a medicina especializada.

- La presencia de talento humano dedicado a integrar el modelo DIADA en el nivel primario mejoró la participación de los actores involucrados (médicos, especialistas en salud mental, líderes

y usuarios). Particularmente en Mitú, contar con un asistente de investigación del equipo DIADA, perteneciente a la comunidad cubeo de la región, propició una mejor comunicación con los pacientes indígenas, fomentando lazos de confianza y apertura durante el tamizaje.

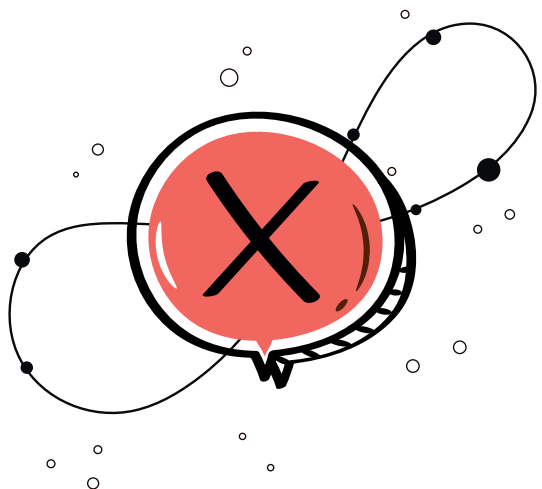
- La existencia de rutas de salud mental en los sitios facilitó la articulación con el modelo DIADA, en particular cuando se identificaron casos de riesgo.

- Los espacios de capacitación promovidos en los centros médicos no solo propiciaron el entrenamiento previsto en el marco del proyecto, sino que también favorecieron el aprendizaje colaborativo.

- En el caso de Bogotá, se destacó la continuidad de la implementación del modelo DIADA respecto a la experiencia institucional acumulada durante la primera fase de implementación. Así, se consolidó la relación entre los equipos técnicos del centro médico y la Pontificia Universidad Javeriana, lo cual permitió una adaptación del modelo a las nuevas dinámicas y necesidades del sitio.

- La confianza y empatía en los espacios de atención y consulta llevaron al desahogo emocional y a la posibilidad de profundizar en problemáticas emocionales y trastornos mentales.

6.4. Barreras



- El tiempo limitado de 20 minutos en consulta general, sumado a la presencia de múltiples demandas y al contexto rural e indígena característico de la Amazonía, obstaculizó un abordaje integral de la salud mental durante la atención médica.
- El estigma persiste como barrera cultural para articular la salud mental en el nivel primario.
- Factores contextuales y estructurales del sistema de salud, como la falta de espacios privados, la limitada agenda médica y la rotación del personal, limitaron una integración efectiva de la salud mental en el primer nivel de atención.
- Las dificultades de acceso a los centros médicos por parte de los pacientes en la Amazonía afectaron la identificación y el seguimiento de casos con trastornos mentales.
- En la región de la Amazonía, fue una barrera el que los pacientes no tuvieran una comprensión plena de los cuestionarios en español, debido a la amplia variedad de lenguas propias.

6.5. Uso de tecnologías



Se evidenció una apropiación efectiva de las herramientas tecnológicas por parte de los actores involucrados, reflejada en el uso adecuado de aplicativos, como el quiosco digital y la plataforma de confirmación diagnóstica. A lo largo de la implementación, los ajustes a las herramientas se desarrollaron conforme a los requerimientos establecidos de seguridad y confidencialidad para el usuario, gracias al trabajo articulado entre el equipo técnico del modelo de DIADA y el área de sistemas de todos los centros de salud.

7. Recomendaciones para la sostenibilidad del modelo de atención DIADA



Las siguientes recomendaciones se plantean como elementos para el *sostenimiento del modelo DIADA*, a partir del uso de tecnología, a mediano y largo plazo. Todos los aspectos considerados se identificaron durante la implementación y mediciones hechas en los centros médicos, al tiempo que se reconoce la importancia de la alineación de actores. Se estructuran a partir de las fases del modelo implementado: tamizaje, confirmación diagnóstica y atención del paciente.

7.1. Tamizaje



El proceso de tamizaje es uno de los pasos más importantes en la integración de la salud mental en la atención primaria. Es necesario verificar los síntomas relacionados con depresión, consumo riesgoso de alcohol y ansiedad en los pacientes, previo a la consulta general, y garantizar que los resultados lleguen al médico.

Durante la implementación se observó que la presencia en la sala de espera de una persona experta en salud mental, o capacitada para orientar el tamizaje en el quiosco, facilitó el

proceso. En este sentido, se recomienda considerar la designación –dentro del recurso humano disponible– de una persona para continuar la implementación y seguimiento del modelo DIADA dentro de los sitios, que pueda articularse con los procesos existentes para mejorar su integración y coordinación.

No obstante, se pueden considerar estrategias alternativas como fortalecer la señalización para acceder y manejar el quiosco de tamizaje o integrar el proceso durante la admisión del paciente, así como usar los recursos electrónicos disponibles para realizar este proceso.

7.2. Confirmación diagnóstica



La confirmación diagnóstica por parte del personal médico es fundamental, pues valida clínicamente los casos identificados a través del tamizaje. Durante la implementación, se contó con una aplicación que apoyaba este proceso y proporcionaba orientaciones diagnósticas, herramientas clínicas y recomendaciones terapéuticas. En ausencia de esta herramienta, se sugiere aprovechar los espacios ya existentes de formación y capacitación continua para fortalecer el uso de instrumentos clínicos validados, como guías breves, escalas y criterios diagnósticos relevantes.

Asimismo, se recomienda promover el uso de recursos visuales accesibles –como materiales gráficos– que faciliten la identificación de signos clave y orienten la discusión con los pacientes sobre estos síntomas. Cabe señalar que muchos diagnósticos ya se encuentran registrados en las historias clínicas, lo cual puede contribuir a mejorar las acciones de seguimiento.

Como parte de este proceso, se recomienda incorporar estrategias que fortalezcan el seguimiento continuo de los pacientes con diagnóstico de algún trastorno mental. Esto puede incluir la coordinación de agendas con el personal administrativo u otras áreas disponibles en los sitios, con el fin de asegurar la adherencia al modelo de atención y favorecer su sostenibilidad en el tiempo.

Finalmente, resulta pertinente fortalecer la colaboración entre el personal de salud capacitado en cada sitio y los especialistas en salud mental aliados de las instituciones, con el fin de revisar casos específicos de persistencia de síntomas en pacientes y generar una retroalimentación constante para el ajuste y mejora del modelo DIADA.

7.3. Atención en salud mental



Para asegurar la atención en salud mental en el nivel primario, primero, es fundamental reconocer y valorar el trabajo de todas las personas involucradas, tanto de manera directa como indirecta. Esto incluye no solo a los profesionales de salud, sino también al personal administrativo y a todos los actores clave en el proceso.

Segundo, es importante proteger el tiempo dedicado a la atención de salud mental o buscar estrategias para garantizar que este no se vea

reducido por otras responsabilidades. Además, es necesario valorar y reconocer las jornadas dedicadas a actividades colaborativas y formativas relacionadas con el modelo de atención DIADA, con mecanismos que incentiven y apoyen la participación y compromiso del personal.

Tercero, es clave fortalecer las estrategias de psicoeducación dirigidas tanto al personal de salud como a los pacientes, con el objetivo de reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental. En este sentido, se sugiere utilizar los recursos existentes en los sitios para enriquecer la discusión sobre cómo integrar la atención en salud mental en el nivel primario. También, se propone aprovechar los espacios de espera como oportunidades para sensibilizar a los pacientes sobre la salud mental y la importancia de consultar ante posibles factores de riesgo. Asimismo, se recomienda impulsar procesos de psicoeducación enfocados en el personal de salud, con el fin de optimizar la detección de signos asociados a distintos trastornos mentales y facilitar intervenciones tempranas y eficaces.

Cuarto, cabe considerar el aprovechamiento de las capacidades tecnológicas disponibles en los sitios para brindar orientación y seguimiento complementario a pacientes diagnosticados con trastornos mentales. Por ejemplo, durante la implementación del modelo de atención DIADA, algunos participantes recibieron orientación a través del programa *Mentes Colectivas*. Si bien no es un componente del modelo, fue una iniciativa implementada en el marco del proyecto de investigación que resultó ser una herramienta

útil tanto para el seguimiento de las recomendaciones entregadas en consulta como para brindar nuevas orientaciones. Esto fue relevante para aquellos usuarios con dificultades de acceso a servicios especializados en psicología y psiquiatría.

Entre los participantes que accedieron voluntariamente a recibir teleorientación de Mentes Colectivas –la cual no constituye un proceso de psicoterapia–, se observó una percepción de mejoría en sus síntomas. Este tipo de estrategias puede contribuir al fortalecimiento de la atención en salud mental, particularmente en contextos con limitaciones a servicios especializados.

Quinto, se recomienda fortalecer un enfoque comunitario mediante la vinculación de actores locales relevantes –como figuras tradicionales y líderes comunitarios– en los procesos de identificación temprana de signos de alarma en salud mental y en la activación de rutas de derivación según la sintomatología observada. Para ello, es clave considerar espacios de capacitación y acompañamiento, que permitan sensibilizar a estos actores en el uso de herramientas básicas para el reconocimiento de problemas mentales. Esta estrategia amplía la capacidad de respuesta en territorios con limitada presencia profesional y, al mismo tiempo, promueve la integración de los saberes locales, fortaleciendo la apropiación comunitaria del modelo en el nivel primario.

Por último, la sostenibilidad del modelo de atención DIADA debe considerar el marco normativo vigente, que promueve la integración de la salud mental como parte integral de la atención primaria.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [internet]. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1 [internet]. 2015 [citado 2025 mar 2]. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
3. Okpaku SO. Essentials of global mental health. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
4. Uribe-Restrepo JM, Gómez-Ayala MC, Rosas-Romero JC, Cubillos L, Cepeda M, Gómez-Restrepo C. Salud mental global y el proyecto DIADA. Rev Colomb Psiquiatr. 2021 Jun 1;50:14-22.
5. World Health Organization (WHO). Screening [internet]. 2025 [citado 2025 mar 9]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/teams/ncd-management/screening>
6. Departamento Nacional de Planeación. TERRIDATA: ficha técnica Bogotá [internet]. 2024 [citado 2025 mar 27]. Disponible en: <https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/11001>
7. Asocapitales. Datos ciudades [internet]. 2025 [citado 2025 mar 27]. Disponible en: <https://www.asocapitales.co/ciudades/>
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2023 [internet]. 2023 [citado 2025 mar 30]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/ECV/bol-ECV-2023.pdf>
9. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. Política Pública Distrital de Salud Mental 2023-2032 [documento Conpes 34 en internet]. Secretaría Distrital de Salud; 2023 [citado 2025 mar 27]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=150858&dt=S>
10. Javesalud. Quienes somos [internet]. 2025 [citado 2025 Mar 27]. Disponible en: <https://www.javesalud.com.co/quienes-somos/>
11. Ospina Rodríguez M. El páramo de Sumapaz un ecosistema estratégico para Bogotá [internet]. Bogotá: Sociedad Geográfica de Colombia-Academia de Ciencias Geográficas; 2003 [citado 2025 jun 19]. Disponible en: <https://www.sogeocol.edu.co/documentos/Paramos.pdf>

12. Secretaría de Salud Bogotá. Bogotá cuenta con el primer Estudio de Salud Mental en la ciudad y con énfasis en los efectos de la pandemia [internet]. 2023 dic 14 [citado 2025 jun 19]. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=2089
13. Departamento Nacional de Planeación. Terridata: ficha técnica Leticia [internet]. 2025 [citado 2025 Mar 30]. Disponible en: https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_91001.pdf
14. Alcaldía del Municipio de Leticia. Informe de rendición de cuentas 2024 [internet]. Leticia; 2024 [citado 2025 Mar 30]. Disponible en: https://leticiaamazonas.micolombiadigital.gov.co/sites/leticiaamazonas/content/files/001335/66735_01informe-de-rendicion-de-cuentas--vigencia-2024-consolidado.pdf
15. Mallamas EPS-I [internet]. [Citado 2023 may 16]. Disponible en: <https://www.mallamaseps.com/>
16. Echeverri JA. Leticia indígena: construcción territorial indígena en la ciudad. Mundo Amazon [internet]. 2023;14(1):49-79. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/101673>
17. Ionova A. El cambio climático está secando el Amazonas, el mayor río del mundo. The New York Times [internet]. 2024 oct 7 [citado 2025 jun 19]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2024/10/07/espanol/mundo/amazonas-rio-sequia-brasil.html>
18. Departamento Nacional de Planeación. Terridata: ficha técnica Mitú [internet]. 2025 [citado 2025 mar 30]. Disponible en: https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_97001.pdf
19. Alcaldía de Mitú. Plan de Desarrollo Municipal de Mitú 2024-2027 “Recuperemos Mitú” [internet]. Mitú; 2024 [citado 2025 mar 30]. Disponible en: <https://www.mitu-vaupes.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionControl/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20PROYECTO%20DE%20ACUERDO%20NO.%20003%20DEL%2028%20DE%20MAYO.pdf>
20. Hospital San Antonio de Mitú. Misión y visión [internet]. 2025 [citado 2025 mar 30]. Disponible en: <https://www.hsam.gov.co/entidad/mision-y-vision>
21. Martínez Silva PA, Dallos Arenales MI, Prada AM, Rodríguez van der Hammen MC, Mendoza Galvis N. Un modelo explicativo de la conducta suicida de los pueblos indígenas del departamento del Vaupés, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2020 Jul;49(3):170-7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.005>

22. Departamento Nacional de Planeación. Terridata: ficha técnica Tunja. 2025.
23. Concejo Municipal de Tunja. Política Pública de Salud Mental y Conveniencia Social de Tunja “Construyendo tejido social por la salud mental” [internet]. Tunja; 2020 [citado 2025 mar 31]. Disponible en: https://alcaldiatunja.micolombiadigital.gov.co/sites/alcaldiatunja/content/files/001340/66954_pp_salud_mental.PDF
24. Empresa Social del Estado Santiago de Tunja. Misión y visión [internet]. 2025 [citado 2025 Mar 31]. Disponible en: <https://esesantiagodetunja.gov.co/transparencia/entidad/mision-y-vision/>
25. Sistema Estadístico Nacional (SEN). La información del DANE en la toma de decisiones de las ciudades capitales Tunja, Boyacá [internet]. 2021 feb [citado 2025 jun 19]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/210209-InfoDane-Tunja-Boyaca.pdf>
26. Conoce las riquezas ambientales de Tunja. Boyacá Siete Días [internet]. 2020 ago 6 [citado 2025 jun 19]. Disponible en: <https://boyaca7dias.com.co/2020/08/06/conoce-las-riquezas-ambientales-de-tunja/>
27. Alcaldía Mayor de Tunja. Alcaldía de Tunja proyecta estrategia transversal por la salud mental de la población [internet]. Tunja; 2025 mar 19 [citado 2025 jun 19]. Disponible en: <https://www.tunja-boyaca.gov.co/noticias/alcaldia-de-tunja-proyecta-estrategia-transversal-por>
28. Gamboa-Virgüez N, Valderrama-Luna L, Uribe Restrepo JM, Páramo JD, Cepeda-Gil M, Gómez-Restrepo C. Percepciones, barreras y facilitadores para la atención en salud mental en las regiones Andina y Amazonía de Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2025.03.001>

