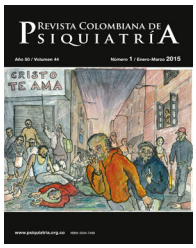
PSIQUIATRÍA ACP

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Salud Mental Global y el Proyecto DIADA

José Miguel Uribe-Restrepo[a,*], *Maria Camila Gómez-Ayala*[b], *Juan Camilo Rosas-Romero*[b], *Leonardo Cubillos*[c,d], *Magda Cepeda*[b] y *Carlos Gómez-Restrepo*[a,b,e]

[a] *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*
[b] *Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*
[c] *Centro de Tecnología y Salud del Comportamiento, Giesel School of Medicine at Darthmouth, Lebanon, NH, EE. UU*
[d] *Departamento de Psiquiatría, Giesel School of Medicine at Darthmouth, Hanover, NH, EE. UU*
[e] *Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá DC, Colombia*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 26 de noviembre de 2020
Aceptado el 28 de diciembre de 2020
On-line el 17 de marzo de 2021

Palabras clave:
Atención primaria
Salud comportamental
Modelo colaborativo
Salud mental global
Colombia
Tecnología en salud

RESUMEN

El proyecto DIADA, entendido como una experiencia de implementación de un modelo de atención en salud mental, en el contexto de un país de medianos ingresos como Colombia, incentiva la necesaria discusión acerca de su papel en el marco de la salud mental global. El siguiente artículo expone los puntos principales en los que ocurre esta relación, entendiendo cómo el proyecto contribuye a la salud mental global, y de forma paralela, cómo la salud mental global nutre el desarrollo de este proyecto. Se reflexiona sobre aspectos como el tamizaje sistemático de pacientes con trastornos mentales, el uso de tecnologías en salud, la adopción del modelo colaborativo, la investigación en implementación, el aprendizaje colaborativo y el sistema de salud colombiano, puntos claves al momento de interpretar este ciclo de retroalimentación entre lo individual y lo global. El análisis de estos componentes demuestra cómo el aprendizaje colaborativo es un eje central en el crecimiento de la salud mental global, desde la incorporación de metodologías, implementación de modelos, evaluación de desenlaces y, finalmente, la difusión de los resultados obtenidos entre actores locales, regionales e internacionales.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Global Mental Health and the DIADA Project

Keywords:
Primary care
Behavioural health
Collaborative model
Global mental health

ABSTRACT

The DIADA project, understood as a mental healthcare implementation experience in the context of a middle-income country like Colombia, promotes a necessary discussion about its role in the global mental health framework. The following article outlines the main points by which this relationship occurs, understanding how the project contributes to global mental health and, at the same time, how global mental health nurtures the development of this

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: j.uribe@javeriana.edu.co (J.M. Uribe-Restrepo).
https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.002
0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Colombia
Technology in health

project. It reflects on aspects like the systematic screening of patients with mental illness, the use of technology in health, the adoption of a collaborative model, the investigation on implementation, a collaborative learning and the Colombian healthcare system. These are all key aspects when interpreting the feedback cycle between the individual and the global. The analysis of these components shows how collaborative learning is a central axis in the growth of global mental health: from the incorporation of methodologies, implementation of models, assessment of outcomes and, finally, the dissemination of results to local, regional and international stakeholders.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La salud global es un área de conocimiento cuyo principal objetivo es lograr la equidad en los servicios de salud a nivel mundial. Este concepto se ha construido a partir de saberes multidisciplinarios de ciencias de la salud, ciencias sociales, economía y comunicaciones, entre otras[1]. Si bien hay una relación directa con la «medicina tropical» y la «salud internacional», la salud global busca reconocer la interdependencia entre todos los países y poblaciones del mundo, y dejar atrás modelos colonialistas de relaciones unidireccionales.

En 1978 la declaración de Alma Ata congregó el interés mundial en un modelo de salud que se basara en la atención primaria como una forma de responder a las necesidades de la población mundial[2]. En esta declaración la salud mental quedó relegada a su promoción, sin ser destacada en el modelo de atención primaria que se adoptaba[3].

Al iniciar la década de los 90 la Declaración de Caracas (1990) hizo un llamamiento a la restructuración de la atención psiquiátrica en Latinoamérica en busca de un modelo comunitario, un hito de gran importancia a nivel regional[4]. Curiosamente, por mucho tiempo esta declaración fue poco conocida entre los actores de salud mental global (SMG), y volvió a cobrar importancia al aparecer de nuevo en la Comisión Lancet de 2018[5]. A pesar de avances significativos en salud mental a nivel regional, y los cambios importantes del modelo de atención en salud mental en varios países, como el programa mhGAP, impulsado mundialmente y en Colombia por la OMS/OPS[6], está claro para todos que aún falta mucho por trabajar[7,8].

El proyecto DIADA *(detección y atención integral de depresión y abuso de alcohol en atención primaria)* refleja la evolución de la historia global, regional y nacional del esfuerzo para fortalecer la atención primaria en salud mental e incrementar el acceso a intervenciones basadas en la evidencia. DIADA es un proyecto colaborativo entre un país de alto ingreso y uno de mediano ingreso, que propone la implementación de un modelo de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de depresión y uso riesgoso del alcohol, acompañado transversalmente del uso de tecnologías innovadoras. El proyecto DIADA, desde sus inicios en 2017, ha avanzado gradualmente en la implementación del modelo en 6 centros de atención primaria distribuidos en 4 departamentos del país (Bogotá D.C., Cundinamarca, Boyacá y Tolima)[9].

El proceso de implementación y los resultados obtenidos hasta el momento del proyecto DIADA permiten generar reflexiones en dos direcciones, unas sobre la SMG y su impacto en el proyecto y en modelos locales y otras sobre la retroalimentación que da una experiencia de la vida real a una teoría estructurada, como es la SMG.

El foco en depresión y problemas por uso de alcohol más tamizaje sistemático

El impacto significativo de la depresión y los trastornos por uso de alcohol en la carga global de enfermedad explica su priorización como foco de las intervenciones en salud mental y en el proyecto DIADA. A los estudios de carga global de enfermedad se suma la Encuesta Nacional de Salud Mental, hecha en Colombia en 2015, que muestra una prevalencia de cualquier trastorno depresivo para la población colombiana de 5,4 (IC95%: 4,7-6,2)[10]. Adicionalmente, según el *U.S. Preventive Service Task Force* ambas condiciones deben ser tamizadas en adultos de forma rutinaria en la atención primaria, siempre que se cuente con la infraestructura apropiada de diagnóstico, tratamiento y seguimiento[11,12]. El trabajo previo del equipo DIADA colombiano en el desarrollo de las guías nacionales de atención para depresión y uso de alcohol en atención primaria también influyó en esta decisión, ya que se contaba con la experiencia temática y metodológica, además de experiencia en el entrenamiento en salud mental de profesionales de atención primaria[13,14].

De otra parte, la depresión plantea problemas culturales interesantes, ya que la experiencia personal de malestar emocional puede ser expresada en términos distintos al de depresión, como nervios, angustia, preocupación, estrés o tensión. Por ello, hacer tamizaje a una población de un país como Colombia, con escalas y categorías creadas por países de altos ingresos, es un reto tanto para la investigación como para la práctica médica en salud mental. A continuación se muestran algunas citas de entrevistas realizadas a participantes del estudio DIADA que ejemplifican aspectos culturales sobre la percepción de depresión:

> *. . . con mi mamá habíamos hablado ya hace algún tiempo, antes de esa cita, respecto a que yo quería tomar como asesorías psicológicas o alguna cuestión porque me sentía como un poco deprimido . . . bajo de nota, distraído. . . (A.M.; hombre-paciente)*

> *. . . de verdad uno cree que tiene un momento de «aburrición», como que no se sabe bien qué hacer, pero resulta que eso es una*

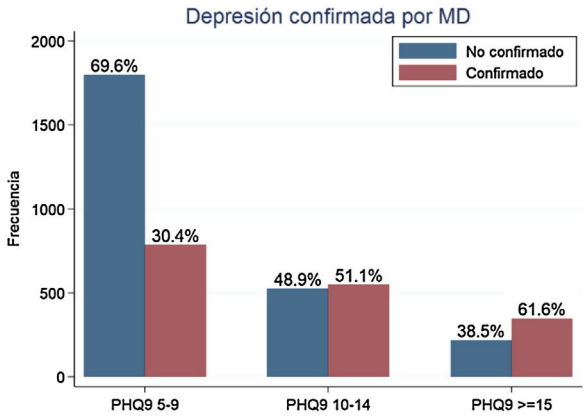


Figura 1 – Comparación entre el porcentaje de tamizaje positivo para depresión y confirmación por parte de los médicos, según puntaje inicial del PHQ-9.
Figura de elaboración propia. Información actualizada el 19 de marzo de 2020.

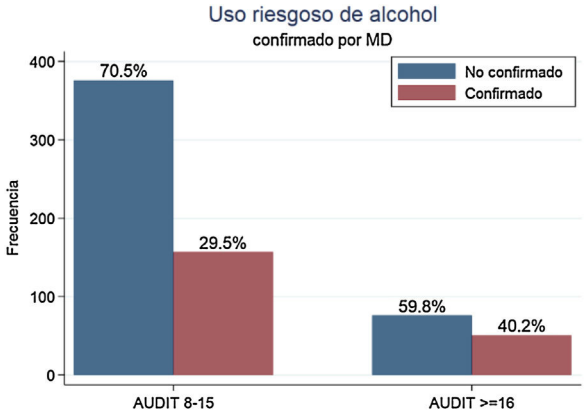


Figura 2 – Comparación entre el porcentaje de tamizaje positivo para trastornos por uso de alcohol y confirmación por parte de los médicos, según puntaje inicial del AUDIT.
Figura de elaboración propia. Información actualizada el 19 de marzo de 2020.

depresión y esa depresión lo puede estar enfermando a uno (P.R.; hombre-paciente)

La primera impresión que ellos tuvieron cuando yo les conté que estaba en un programa de salud mental fue «usted está loca» (C.V.; mujer-paciente)

Para el proyecto DIADA la escala acogida para tamizaje de depresión fue el Whooley[15], seguido del PHQ-9, la cual se ha validado en el contexto colombiano, así como en otros países latinoamericanos, con estudios que han demostrado su utilidad tanto para detectar esta condición y sus grados de severidad como para un adecuado seguimiento[16–18]. En DIADA este instrumento mostró su utilidad práctica al identificar la severidad de los síntomas; esto se refleja en la relación directamente proporcional que tuvo el porcentaje de confirmación de un diagnóstico por parte de los médicos y el puntaje en la escala en el momento del tamizaje (fig. 1). Si bien por un lado esto evita el sobrediagnóstico y la medicalización del sufrimiento emocional, también es probable que la utilización de esas escalas no refleje o detecte otras maneras de expresar el sufrimiento emocional en la población colombiana. tabla 1

El uso de alcohol, por otra parte, presenta dificultades mayores, y la implementación del AUDIT no parece haber seguido los resultados esperados si se toma como referencia los datos epidemiológicos nacionales[10]. Mientras la ENSM muestra una prevalencia de consumo excesivo de alcohol del 21,8% en población de 18 a 44 años y de 12,3% en mayores de 45 años, el estudio DIADA encontró una confirmación de uso riesgoso de alcohol de tan solo el 1,8%. Es importante tener en cuenta que estas poblaciones no son comparables entre sí, ya que la ENSM tamizó población general y en el proyecto DIADA población que consultaba por algún motivo en el servicio de salud (fig. 2).

Los factores culturales probablemente han desempeñado un papel importante en esta detección baja, lo mismo que las actitudes de las personas y de los profesionales de la salud hacia el consumo de alcohol y su abordaje desde la atención primaria. A continuación se presentan algunas citas que lo ejemplifican.

. . .Que el consumo de alcohol era algo como de la idiosincrasia de uno fue criado. Si uno toma y se divierte, entonces era porque la familia, el papá fue enseñado así. (P.R; hombre-paciente)

. . .por ejemplo para la gente que es muy rural el consumo de alcohol es normal, no solo en alcohol de lo que venden sino en lo que producen, chicha. . .Y hay personas que no sé, beben chicha todos los días y eso les parece normal (N.J.; médica)

En el curso de la implementación de DIADA se hizo hincapié en el nuevo modelo para el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol, el cual se caracteriza por su enfoque sobre el riesgo y se aleja de la visión moralizante y dicotómica del paciente «alcohólico» y «no alcohólico»[19]. Este abordaje también surge de la colaboración con el equipo de Dartmouth y se refleja en la traducción de un vídeo que explica muy bien la nueva visión[20]. La dificultad en abordar el consumo de alcohol refleja la ausencia casi total de su abordaje en la atención primaria en Colombia. La atención primaria sigue enfocada en confirmar o no un diagnóstico, ritual sin el cual es imposible justificar el tiempo otorgado en una consulta de medicina general para la promoción y la prevención.

. . .O sea, si el paciente viene por hipertensión esa parte emocional o patología psiquiátrica como que se desplaza un poco (N.J.; médica)

Tecnología en salud mental y en el estudio

Cada vez más se logran evidenciar barreras para el acceso de los pacientes a servicios relacionados con su salud mental[21]. Estudios recientes enuncian el potencial que tienen las intervenciones en salud mental basadas en aplicaciones móviles, a manera de ayuda en el seguimiento y tratamiento de pacientes con trastornos mentales[22,23]. Teniendo en cuenta la vasta cantidad de aplicaciones existentes para el manejo de estos trastornos, aún falta dilucidar los aspectos específicos que

Tabla 1 – Estrategias de trabajo colaborativo. Proyecto DIADA

Grupos de trabajo	Contenidos	Ejemplos
Construcción de capacidades	Curso virtual Moodle Reuniones virtuales periódicas con especialista	Desarrollo de curso virtual Moodle con contenidos en depresión y consumo riesgoso de alcohol, implementado en los 6 sitios de atención primaria desde octubre de 2019 para el entrenamiento del personal médico y asistencial
Investigación en implementación	Comparación de marcos teóricos de la investigación en implementación Retos comunes en identificación de desenlaces de implementación	Aplicación y análisis comparativo de instrumento para la evaluación de desenlaces de implementación
Reunión anual equipo DIADA	Trabajo con actores en partes interesadas en la evaluación de avances de la implementación Reunión colaborativa con equipos de Perú y Chile	Lecciones del modelo de atención de depresión en atención primaria (Chile) y de los centros de salud mental comunitaria (Perú)
Reunión anual de centros de investigación intergrupos	Estrategias para involucrar tomadores de decisiones en implementar políticas en salud mental Estrategias para entrenamiento de personal Grupos para trabajo en implementación Discusión de resultados, barreras y logros de los proyectos	Reunión anual intergrupos 2019 con sede en Colombia, organizado por el grupo DIADA, con realización de visitas a los sitios de implementación
Webinars	Webinars con temas variados enmarcados en salud comportamental, capacitación de personal e investigación en implementación	Webinar *Desarrollo de un programa diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria: la experiencia de Chile* 25/07/2020 Webinar *NIH training opportunities in global mental health* 18/03/2020

Tabla de elaboración propia.

hacen de unas aplicaciones más efectivas que otras al ser dispuestas para manejo propio del paciente[24,25]. Por otra parte, una limitación mayor en ciertas poblaciones es la imposibilidad de acceder a este tipo de tecnologías, dado su costo o la pobre infraestructura en redes para el acceso a Internet, lo cual se conoce como la brecha digital[26,27].

Como parte de la fase inicial del proyecto DIADA, se realizó una encuesta en los diferentes centros médicos de implementación, encontrando que hay un uso importante de dispositivos móviles inteligentes *(smartphones)* por la mayoría de los pacientes en centros de atención primaria, tanto rurales como urbanos, así como también acceso local o remoto a Internet[28]. Sin embargo, la misma encuesta encontró un mayor uso de medios digitales por personas jóvenes comparados con mayores, teniendo entre 18 y 44 años el 74% de los pacientes que usan su celular para navegar en Internet. Por otro lado, los pacientes de centros urbanos mostraron un mayor uso del celular para navegación en Internet (75%), comparado con pacientes en centros rurales, quienes en su mayoría no utilizaban sus dispositivos móviles para navegar por Internet (66% de los pacientes).

Teniendo en cuenta lo anterior, el proyecto DIADA decide implementar un modelo apoyado en tecnologías para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de pacientes en atención primaria. En el tamizaje se han dispuesto quioscos con tabletas integradas en las que los pacientes pueden ser tamizados para depresión y trastornos por consumo de alcohol. El tamizaje empleando tabletas ha sido ampliamente utilizado por distintos modelos a nivel mundial[29–31]. El diseño de quioscos, la adaptación de tabletas y la integración con las ayudas de decisión ha sido un aporte del equipo local.

La confirmación (diagnóstico) por parte del personal médico se ve optimizado por ayudas digitales, en las que los puntajes del tamizaje (PHQ-9 y AUDIT) se pueden observar en una plataforma virtual con guías para el diagnóstico y tratamiento de trastornos depresivos y trastornos por consumo de alcohol. Para aquellos pacientes confirmados por el médico, el complemento al tratamiento prescrito consiste en la descarga en sus teléfonos de una aplicación móvil llamada *Laddr*, desarrollada en Estados Unidos, y su lenguaje adaptado por parte del equipo colombiano. Esta aplicación se centra en avanzar por una «escalera», en la que cada peldaño sirve como instrumento para fijar metas, analizar pros y contras del consumo de alcohol y ayudar al control de las emociones, entre otros.

Dentro del aprendizaje del proyecto hay varios puntos en los que la experiencia de DIADA aporta a la adopción de tecnologías en salud mental. Uno de estos es un mayor entendimiento del alcance y las barreras que conlleva la optimización de procesos, como son la confirmación/diagnóstico durante la consulta médica. En DIADA todos los pacientes acuden al servicio de salud con una cita programada para medicina general, en la sala de espera se les realiza el tamizaje y se les entrega un papel con el resultado para entregar a su médico tratante, independientemente del motivo por el que consulta. Sin embargo, los pacientes con frecuencia no muestran los resultados de su tamizaje y los médicos muchas veces carecen del tiempo suficiente para ingresar en la plataforma de confirmación del diagnóstico, con lo que nunca llegan a ver el resultado del tamizaje. Estrategias como vincular el tamizaje con alertas integradas dentro del sistema de historias clínicas es una opción que podría optimizar la tasa de confirmación de pacientes positivos.

Sobre la aplicación para el automanejo de los pacientes se ha encontrado que los pacientes desean obtener una retroalimentación del proceso, deseo que usualmente viene precedido de la imposibilidad de acceder a un seguimiento presencial con psicología o psiquiatría. En la práctica el seguimiento telefónico por parte de los asistentes de investigación, cuyo objetivo central es la aplicación de escalas, se convirtió muchas veces en un elemento terapéutico importante, aunque ese no fuera su objetivo. Algunos participantes fueron claros: «Es la primera vez que se interesan por mí, que quieren saber cómo estoy».

Pese a que herramientas digitales como Laddr se han pensado como un medio para solventar la brecha en el abordaje de trastornos como la depresión, terminan siendo afectadas por las mismas dificultades que tratan de abordar. La gran mayoría de aplicativos disponibles no han sido validados en cuanto a su eficacia terapéutica o adherencia[32,33]. Si no se cuenta con apoyo por parte de profesionales de la salud, las herramientas tecnológicas pueden ser insuficientes en el proceso del individuo.

El modelo colaborativo

En los modelos de manejo de la depresión en el contexto de la atención primaria existen múltiples falencias que impiden su adecuado diagnóstico, tratamiento, referencia y seguimiento[34]. El modelo colaborativo surge como un camino viable para el manejo de una enfermedad crónica y pobremente manejada en nuestro país, como lo es la depresión. Este modelo involucra el trabajo conjunto y coordinado entre distintos profesionales sanitarios, con el fin de ayudar al paciente a superar sus problemas. En el caso del manejo de enfermedad mental este usualmente incluye a un médico, un coordinador de casos y un especialista en salud mental[35]. Es así que el modelo colaborativo termina siendo «el cuidado que resulta de la práctica de un equipo de atención primaria y clínicos en salud comportamental, trabajando conjuntamente con pacientes y familiares, usando una aproximación sistemática y costo-efectiva para proveer cuidados centrados en el paciente en una población definida (*Agency for Healthcare Research and Quality*)».

Pese a la evidencia favorable que existe para el desarrollo del modelo colaborativo, persisten múltiples barreras que dificultan su desarrollo e implementación. Entre estas destacan lograr una participación activa del personal clínico involucrado, conflicto de ideas entre miembros del equipo multidisciplinario, falencias en el entrenamiento y habilidades del personal clínico y la alta carga de trabajo y falta de tiempo del personal[36]. Un facilitador para el contexto colombiano, por otra parte, fue la existencia en algunos de los sitios de implementación de modelos muy similares al colaborativo para el abordaje de salud materno infantil.

Con respecto a las barreras, lograr la participación del personal médico ha tenido gran relevancia en el proceso de implementación del proyecto DIADA. Esto se puede ver a través de la escala para la Evaluación de la Integración en Salud Comportamental en la Atención en Salud (*Behavioral Health Integration in Medical Care* [BHIMC]). Resultados preliminares de mediciones del BHIMC demuestran cómo la falta de protocolos estandarizados afectan la identificación de pacientes con trastornos comportamentales, y aunque al paciente se le atienda sin importar si su condición de enfermedad es física o mental, se ha visto una tendencia a priorizar las consultas relacionadas con enfermedad física[37]. Esto es un fenómeno que no solo ocurre a manera de protocolos institucionales, sino que se presenta de igual manera en el actuar y la mentalidad de los profesionales sanitarios de manera individual en nuestro país.

La experiencia del proyecto en la participación activa del personal médico va ligada con procesos de entrenamiento y concienciación de la intervención que se pretende realizar. Inicialmente, se realiza el entrenamiento del todo el personal médico de cada institución. Adicionalmente se elaboran resúmenes con datos sobre el reclutamiento de pacientes, su categorización según la severidad y datos sobre la evolución de síntomas en los pacientes incluidos en el estudio, esto con el fin de mejorar la participación del personal.

A pesar de estas estrategias, la barrera de participación del personal médico va ligada fuertemente a las limitaciones de tiempo y a la carga de trabajo. Se puede lograr una gran concienciación del personal con respecto a la intervención, pero si el tiempo de consulta es mínimo, los médicos terminan por priorizar el motivo de consulta inicial, dejando a un lado la confirmación de depresión o de trastornos asociados al consumo de alcohol. El modelo colaborativo trata de disminuir esta barrera mediante el aumento de la «eficiencia percibida» por parte de los profesionales sanitarios en atención primaria. Esto se traduce en que el personal de salud percibe una mayor eficiencia propia al manejar pacientes con trastornos comportamentales. Esta mayor eficiencia percibida se logra a través de reuniones colaborativas, en las que especialistas en salud comportamental ayudan al personal de atención primaria a mejorar sus competencias y habilidades mediante revisiones de caso, ejemplos clínicos, retroalimentación del trabajo realizado y soluciones de interrogantes relacionadas con la atención de este grupo específico de pacientes.

La investigación en implementación

Otro objetivo específico de proyecto DIADA es disminuir la brecha existente en el momento de implementar un proyecto dentro del sistema de salud, esa que impide la armonización de los conocimientos obtenidos a través de la medicina basada en la evidencia (MBE) y el adecuado funcionamiento y adopción de estos en la práctica clínica. La importancia de investigar en implementación, un campo relativamente nuevo, lleva al Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. (NIMH) a financiar proyectos dedicados al mismo y da lugar a la posibilidad del proyecto DIADA (https://www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/scaleuphubs/scaling-up-mental-health-interventions-in-latin-america.shtml)

Para lograr la implementación es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario, que conozca el contexto social y cultural, que entienda las rutas de atención que existen y que comprenda a cabalidad la tecnología o intervención a implementar[38]. Es por esto que en el proyecto DIADA contamos con la participación de profesionales en medicina, psiquiatría, psicología, enfermería, antropología y administración, entre otros.

Otro reto que enfrenta la implementación de un programa en salud tiene que ver con los entes políticos, administrativos y económicos que rigen el lugar o la población diana. Una vez que se logra la implementación, el último paso de la investigación resulta ser un desafío, al intentar cuantificar de forma válida y consistente los desenlaces específicos obtenidos. Los actores del sistema de salud en general no están familiarizados con la metodología de investigación en implementación ni con sus resultados particulares. En la experiencia que hemos tenido dentro del proyecto DIADA consideramos que esto tiene 2 razones: la poca disponibilidad de instrumentos de medición y la dificultad de adaptarlos a contextos diferentes.

Para resolver este reto el proyecto DIADA buscó literatura e información de otros proyectos y grupos de investigación. Se encontró una revisión sistemática[39] y 2 repositorios de medidas relacionadas con este tipo de estudios[40,41]. Además, el equipo consultó en múltiples ocasiones con el hub del grupo de Johns Hopkins University que formaba parte de la cohorte de proyectos globales de investigación del NIMH, lo cual permitió identificar una herramienta que capturaba de forma integral los desenlaces de implementación que se querían medir y que además había sido usada por grupos de investigación en países de medianos y bajos ingresos, similares a Colombia[42]. La herramienta se denomina *Implementation Measure for Low and Middle Income Countries* ([IMICO]medida de implementación en países de bajo y mediano ingreso) basada en un cuestionario con 8 dominios sobre adopción, viabilidad, aceptación, sostenibilidad, entre otros, que se aplica a pacientes, médicos y personal administrativo de cada institución[42].

El aprendizaje colaborativo

El aprendizaje colaborativo tiene como fin compartir los resultados y desenlaces de implementar una intervención en diferentes lugares bajo unas condiciones predeterminadas. Las experiencias de cada centro de atención se comparten en una discusión conjunta, en donde se tienen en cuenta las barreras identificadas por cada lugar, las diferencias en desenlaces de interés, las similitudes entre cada institución y los puntos más y menos favorables de implementar el modelo en cada uno de los sitios[43].

Al querer realizar investigación en implementación, es de vital importancia la creación de redes de aprendizaje que faciliten y optimicen la llegada de intervenciones efectivas en el menor tiempo posible a una población determinada. En el contexto del proyecto DIADA existen tanto redes de aprendizaje a nivel internacional como también a nivel local. Con respecto al primero, el aprendizaje colaborativo internacional lo componen los 11 centros de investigación (hubs) del NIMH de los Estados Unidos[44], grupos dedicados al escalonamiento de la salud mental en países de bajos y medianos ingresos, mientras que a nivel local lo componen los centros de atención primaria en los que se implementa el proyecto[45].

En relación con el aprendizaje internacional, la totalidad de los centros de investigación han dedicado esfuerzos en explorar las diferentes experiencias y puntos de vista de los investigadores y colaboradores de cada equipo. En un estudio reciente realizado de manera colaborativa entre los hubs, se proponen 5 recomendaciones para abordar estas barreras, entre las que se encuentran[46]:

- El mantenimiento de las carreras de investigadores jóvenes en salud mental.
- Involucrar tomadores de decisiones en el valor de la salud mental.
- Identificar el impacto de la investigación en políticas y en la práctica.
- Apoyar a los equipos de trabajo para proporcionar tratamientos basados en la evidencia.
- Promover la sostenibilidad de los programas.

Adicional a esto, el aprendizaje colaborativo internacional ha permitido identificar objetivos relevantes que no se han tratado dentro del marco del proyecto DIADA. Por ejemplo, con respecto al desarrollo de capacidades a través del entrenamiento de personal *(capacity building)*, el proyecto *Suicide Prevention and Implementation Research Initiative* (SPIRIT), implementado en India y Bangladesh para la prevención del suicidio, no solo se ha enfocado en la capacitación de personal de salud y de investigación, sino que, además, se ha dedicado al entrenamiento de tomadores de decisiones y miembros de la comunidad[47]. El objetivo de esto es proporcionar herramientas a estos 2 actores sociales para poder entender los resultados del estudio y el impacto que puede llegar a tener la intervención en la población local. Pese a que el proyecto DIADA ha trabajado con tomadores de decisiones a nivel nacional, y ha puesto esfuerzos en la realización de *policy briefs* para los tomadores de decisiones, un punto a tomar en cuenta para esfuerzos futuros es el entrenamiento de miembros comunitarios o pares que permitan afianzar en mayor medida el proyecto en el contexto comunitario.

Un componente adicional del aprendizaje colaborativo internacional se da a través del diálogo entre proyectos de implementación entre Colombia, Perú y Chile. Este diálogo se lleva a cabo por medio de charlas o webinars, en las que la experiencia de cada centro es compartida con los líderes y miembros de los equipos en otros países, permitiendo un espacio de preguntas y discusión al final de cada sesión. Estos espacios permiten identificar obstáculos en común entre países distintos en cuanto a lo económico, político y social, pero con el contexto latinoamericano como común denominador entre los tres.

El sistema de salud

En definitiva, la implementación de un proyecto en salud mental está unido necesariamente al contexto en donde se lleva a cabo, por esto buscamos hacer una reflexión sobre el sistema de salud en Colombia, su organización y disposición a lo largo y ancho del país y las principales barreras o facilitadores que genera para una experiencia como el proyecto DIADA.

Para empezar es necesario nombrar la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema Seguridad Social Integral, buscando principalmente 3 cosas: desmonopolización de la salud junto con mayor control y supervisión; cobertura universal buscando el aporte solidario entre sectores ricos y pobres de la sociedad; sostenibilidad y competitividad del sistema

haciendo al usuario responsable de elegir su entidad prestadora de servicios[48–50]; estos 3 cambios pretendían detener el modelo de salud previo en donde los más «pudientes» recibían lo que podían pagar y las clases menos favorecidas recibían lo que por beneficencia les alcanzaban a dar[51].

El mayor impacto de la ley fue el aumento de la cobertura en salud a nivel nacional, ya que esta pasó de 56,9% en 1997 a 90,8% en el 2012[52], entendiendo cobertura como el número de personas con afiliación al sistema, lo que no necesariamente quiere decir acceso al mismo. Esto se refleja en el proyecto DIADA, en la posibilidad de las personas de consultar a los servicios de salud locales, sin incurrir en gastos directos. Sin embargo, esto no garantizaba un acceso real a salud mental en la atención primaria, sino a una atención de medicina general.

Por otra parte, la descentralización del sector salud trajo consigo mayores oportunidades de control y supervisión del gasto público, reflejado en el aumento de auditorías internas y externas[51]. Sin embargo, esto también tuvo 2 consecuencias negativas. La primera de comunicación y consenso, ya que a la hora de la planificación, decisión, asignación de recursos y operación cada nivel del sistema ponía en primer lugar sus propios intereses. Por esta razón proyectos como DIADA, deben sufrir largos procesos burocráticos que, en el mejor escenario, llevan a una implementación fluida de los nuevos modelos de atención.

La segunda consecuencia es debida precisamente a esta misma autonomía adjudicada a cada uno de los actores dentro del sistema (EPS, IPS, planes complementarios o especiales, etc.), ya que se dificulta el establecimiento de decisiones y prácticas a nivel nacional, lo que retrasa la diseminación e implementación efectiva de estrategias que lleguen a toda o la mayoría de la población en el territorio nacional[51,53]. En el Proyecto DIADA contamos con pacientes de 6 instituciones de atención primaria, en cada uno de estos centros (IPS) se atienden pacientes de múltiples entidades aseguradoras (EPS), las cuales prestan los mismos servicios generales, pero con rutas y prestadores de atención diferentes. Esto se veía reflejado en los pacientes en tiempos de atención, oportunidad de citas, cantidad de especialistas y procesos administrativos distintos, incluso dentro de la misma IPS, y en el apoyo global al proyecto dado por las instituciones afiliadas.

De forma simultánea, en Colombia la historia política y económica se ha visto ligada fuertemente al conflicto armado nacional, y el sector salud no ha sido ajeno a esta unión. Se conoce de primera mano que el conflicto armado en Colombia ha causado innumerables problemas en salud clasificados dentro de las «lesiones por causas externas» (lesiones por armas de fuego, objetos cortopunzantes, quemaduras, ahogamientos, etc.)[54]. Adicionalmente se han realizado estudios en donde se muestra un gran número de morbilidad por trastornos de salud mental asociados a experiencias de violencia, que termina afectando a numerosos grupos poblacionales del país[55]. En este punto se vuelve importante nuevamente la existencia de múltiples fragmentaciones sociopolíticas y geográficas, ya que dicha violencia no ha llegado por igual ni en tiempo ni en cantidad a todas las regiones del país, así como sus consecuencias en salud.

Colombia, país de múltiples contrastes, clasificado en 2020 por el Banco Mundial Internacional como un país de renta media-alta[56], nos demuestra que el sistema de salud de un país y la atención en salud de su población conservan una relación estrecha con su historia política, social, cultural y económica. Sin embargo, estas relaciones entre salud y desarrollo socioeconómico no siempre van en la misma dirección, ya que existen países clasificados como de renta alta en donde, a pesar de la gran cantidad de recursos económicos y desarrollo tecnológico y científico, se mantienen brechas enormes entre el acceso de los diferentes grupos poblacionales.

Conclusiones

El proyecto DIADA, como ejemplo de una colaboración de salud mental, ha logrado implementar de manera exitosa el tamizaje para la depresión y el uso de alcohol en distintos sitios de atención primaria en Colombia. Para lograr este objetivo los estudios de implementación deben tener en cuenta la complejidad del contexto que determina buena parte de las estrategias y de los resultados finales.

En la investigación en implementación la complejidad de las intervenciones y la importancia del contexto determinan buena parte de las estrategias y de los resultados finales. La integración de atención en salud mental pasa por una evaluación de los factores sociales, políticos, del sistema de salud, culturales y económicos, entre otros. Las experiencias de programas similares en otros países, a pesar de las diferencias entre ellos, comparten aspectos metodológicos y de investigación. Algunas de las herramientas y marcos teóricos derivados del esfuerzo de la salud mental global pueden ser aplicados en contextos disímiles.

Los aprendizajes locales, a su vez, se convierten en insumos para la salud mental global, cuando estos aprendizajes se hacen con una adecuada metodología de investigación en implementación, con evaluación de impactos y desenlaces, y con difusión y crítica de los resultados. Tal es el caso del proyecto DIADA, en el cual la adecuación y adaptación al contexto colombiano del uso de tecnologías en la detección, evaluación y manejo de problemas de salud mental es un ejemplo de aportes locales al abordaje de un problema global común. Así mismo, los aprendizajes y las redes colaborativas de investigación son esenciales para lograr avances en la salud mental de grupos poblacionales diversos.

Financiación

La investigación reportada en esta publicación fue financiada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) con el Número de la Subvención de 1U19MH109988 (Investigadores Principales Múltiples: Lisa A. Marsch, PhD y Carlos Gómez-Restrepo, MD PhD). El contenido es únicamente opinión de los autores y no representan los puntos de vista del NIH o del Gobierno de los Estados Unidos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montenegro CR, Bernales M, Gonzalez-Aguero M. Teaching global health from the south: Challenges and proposals. Crit Public Health. 2020;30:127–9.
2. Organización Paramericana de la Salud. Declaracion de Alma-Ata. 1978. p. 1-3.
3. Sartorius N. Mental health and primary health care. Ment Health Fam Med. 2008;5:75–7.
4. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas. Caracas; 1990.
5. Carr S. Implementing sustainable global mental health in a fragmenting world. Lancet. 2018;392:1497–8.
6. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención en mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención en salud no especializada. Ginebra: OMS; 2012.
7. Organización Paramericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Principios de Brasilia. Brasil; 2005. p. 1-4.
8. Organización Paramericana de la Salud. Consenso de Panamá. Ciudad de Panamá: OMS; 2010.
9. Torrey WC, Cepeda M, Castro S, Bartels SM, Cubillos L, Obando FS, et al. Implementing technology-supported care for depression and alcohol use disorder in primary care in Colombia: Preliminary findings. Psychiatr Serv. 2020;71:678–83.
10. Ministerio de Salud y Protección social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá; 2015.
11. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. JAMA. 2016;315:380–7.
12. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: US preventive services task force recommendation statement. JAMA. 2018;320:1899–909.
13. Ministerio de salud y protección social. Guía de práctica clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. 2013. p. 1-64.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. p. 2013. 1-48.
15. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12:439–45.
16. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Anibal E, Herazo-Bustos MI, Hernández-Carrillo M. Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. Biomédica. 2017;37:112–20.
17. Baader MT, Molina FJL, Venezian BS, Rojas CC, Farías SR, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2012;50:10–22.
18. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, Mexico: A cross-sectional study. J Clin Psychol. 2017;73:1076–90.
19. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rethinking drinking. Alcohol & your health. About rethinking drinking. Disponible en: https://www.rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/.
20. Evans M, Sorsa L, Ellam M, Epencier N. A ReThink of the way we drink - Spanish. 2019.
21. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45:89–95.
22. Batra S, Baker RA, Wang T, Forma F, DiBiasi F, Peters-Strickland T. Digital health technology for use in patients with serious mental illness: A systematic review of the literature. Medical Devices: Evidence and Research, 10. Dove Medical Press Ltd; 2017. p. 237–51.
23. Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch MR, Christensen H. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: A systematic review [Internet]. J Med Int Res. 2013;15:1–19. Disponible en: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=24240579%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc10&NEWS=N&AN=2013-41339-020.
24. Firth J, Torous J, Nicholas J, Carney R, Pratap A, Rosenbaum S, et al. The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. World Psychiatry. 2017;16:287–98.
25. Thabrew H, Stasiak K, Hetrick SE, Wong S, Huss JH, Merry SN. E-Health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;8, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012489.pub2.
26. Balen y Valenzuela, C. Las tecnologías de la información y las comunicaciones en el posconflicto colombiano. Revista de Ingeniería,2016, No 44, pp 40-45.
27. Gil HAP, Castro KAC, Bermúdez GMT. La brecha digital en Colombia: un análisis de las políticas gubernamentales para su disminución. Redes Ing [Internet]. 2014:59–71. Disponible en: http://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/REDES/index.
28. Suárez-Obando F, Gómez-Restrepo C, Castro-Diaz S, Paez-Rojas P, Uribe M, Naslund JA, et al. Patterns of digital information and communication technology use among patients at primary health care centers in Colombia: Phase I of the DIADA project. 2020.
29. Sorkin DH, Rizzo S, Biegler K, Sim SE, Nicholas E, Chandler M, et al. Novel health information technology to aid provider recognition and treatment of major depressive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Med Care [Internet]. 2019;57 Suppl 6:S190–6. Disponible en: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L627800061
30. Yu JS, Szigethy E., Wallace M., Solano F, Oser M. Implementation of a guided, digital cognitive behavioral program for anxiety in primary care: Preliminary findings of engagement and effectiveness. Telemed J E Health [Internet]. 2018;24(11):870-8. Disponible en: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L625011666
31. Maulik PK, Kallakuri S, Devarapalli S, Vadlamani VK, Jha V, Patel A. Increasing use of mental health services in remote areas using mobile technology: a pre-post evaluation of the SMART Mental Health project in rural India. J Glob Health [Internet]. 2017;7:10408. Disponible en: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L621338854
32. Lecomte T, Potvin S, Corbière M, Guay S, Samson C, Cloutier B, et al. Mobile Apps for mental health issues: Meta-review of meta-analyses (preprint). JMIR mHealth uHealth. 2020;8:e17458, http://dx.doi.org/10.2196/17458.

33. Weisel KK, Fuhrmann LM, Berking M, Baumeister H, Cuijpers P, Ebert DD. Standalone smartphone apps for mental health—a systematic review and meta-analysis. npj Digit Med. 2019;2:1–10, http://dx.doi.org/10.1038/s41746-019-0188-8.
34. OMS. Invertir en salud mental. 2004; 124(Suppl 1):39-41. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897.
35. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. J Am Med Assoc [Internet]. 2002;288:2836-45. Disponible en: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L35425069.
36. Ramanuj PP, Pincus HA. Collaborative care: Enough of the why; What about the how? Br J Psychiatry. 2019;215:573–6.
37. Castro SM, Cubillos L, Uribe-Restrepo JM, Suárez-Obando F, Meier A, Naslund JA, et al. Assessing the integration of behavioral health services in primary care in Colombia. Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res. 2019;47:435–42.
38. Meissner HI, Glasgow RE, Vinson CA, Chambers D, Brownson RC, Green LW, et al. The U.S. training institute for dissemination and implementation research in health. Implementation. 2013;8:12. DOI 10.1186/1748-5908-8-12. PMID: 23347882; PMCID: PMC3564839.
39. Chaudoir SR, Dugan AG, Barr CHI. Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. Implement Sci. 2013;8:22. Published 2013 Feb 17. doi:10.1186/1748-5908-8-22.
40. Rabin BA, Purcell P, Naveed S, Moser RP, Henton MD, Proctor EK, et al. Advancing the application, quality and harmonization of implementation science measures. Implement Sci. 2012;7:119.
41. The Society for Implementation Research Collaboration. Welcome to SIRC. Disponible en: https://societyforimplementationresearchcollaboration.org/.
42. Murray LK, Tol W, Jordans M, Sabir Zangana G, Amin AM, Bolton P, et al. Dissemination and implementation of evidence based, mental health interventions in post conflict, low resource settings. Interv. 2014;12 Suppl 1:94–112.
43. LeRoy L, Rittner JL, Johnson KE, Gerteis J, Miller T. Facilitative components of collaborative learning: A review of nine health research networks. Healthc Policy. 2017;12:19–33.
44. NIMH? Collaborative Hubs for International Research in Mental Health [Internet] [consultado 16 Apr 2020]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/globalhubs/index.shtml.
45. projectdiada.org [Internet] [consultado 16 Apr 2020]. Disponible en: https://www.project-diada.org/Proyecto-DIADA.php.
46. Naslund JA, Kalha J, Restivo JL, Amarreh I, Callands T, Chen H, et al. Identifying challenges and practical solutions for global mental health research: A key informant study of the NIMH scale up hubs prepared. Asian J Psychiatr. 2021;57:102557. DOI doi: 10.1016/j.ajp.2021.102557. Epub ahead of print. PMID: 33561780.
47. SPIRIT - Centre for Mental Health Law and Policy [Internet] [consultado 16 Apr 2020]. Disponible en: https://cmhlp.org/project/spirit-suicide-prevention-implementation-research-initiative/.
48. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Colombia; 1993. p. 1-23.
49. Tafur L. El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100. Colomb Med. 1996;27:45–7.
50. Hernandez M. Health reform equity and the right to health in Colombia. Cad saúde pública /Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Esc Nac Saúde Pública. 2002;18:991–1001.
51. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex. 2011;53 Suppl 2, s144-55.
52. Ayala Garcia J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Cartagena: Banco de la República de Colombia; 2014. p. 1–17.
53. Agudelo Calderón CA, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martinez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Cien Saude Colet. 2011;16:2817–28.
54. Franco Agudelo S. Violencia y salud en Colombia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 1997;1:93–103.
55. De Santacruz C, Chams W, Fernández de Soto P. Colombia: violencia y salud mental. La opinión de la psiquiatría. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;XXXV:30–49.
56. The World Bank Group. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk; 2020. Disponible en: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups.