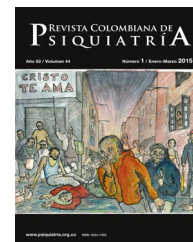




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Editorial

Escalando las intervenciones en salud mental para la depresión y el uso riesgoso de alcohol en Colombia



Scaling up mental health interventions for depression and unhealthy alcohol use in Colombia

Cada vez hay más evidencia sobre la relevancia de la salud mental como un componente importante de la salud individual y de su relación con el desarrollo social. La salud mental no solo se refiere a las enfermedades o condiciones mentales, sino también a la capacidad del individuo para adaptarse y vivir en armonía con el entorno social, cultural, familiar, afectivo y laboral. Debido a esto, el aumento de las condiciones en salud mental y de la carga de morbilidad asociada a estas son causa de preocupación en todo el mundo. Se estima que la prevalencia de las enfermedades mentales a lo largo de la vida en poblaciones adultas de todo el mundo está entre el 12,2 y el 48%, y hasta un tercio de la carga de las enfermedades no transmisibles puede atribuirse a trastornos mentales¹. La carga de estas condiciones no solo afecta al individuo, sino que esta se extiende a la familia y a los amigos, al ambiente y a la sociedad en su conjunto. Además, las condiciones de salud mental no solo incrementan el riesgo de autolesiones, sino que a largo plazo pueden contribuir al empobrecimiento de las personas, debido a la discapacidad y a la reducción de la fuerza productiva de trabajo.

En las poblaciones afectadas por el conflicto, se ha estimado que una de cada cuatro personas padecerá algún trastorno mental en cualquier momento de la vida²⁻⁴. En Colombia, más de 60 años de conflicto interno han contribuido a incrementar la prevalencia de las condiciones de salud mental y su impacto en la sociedad. Por lo tanto, la salud mental en el país es un desafío particular que requiere un enfoque multifactorial, que tenga en cuenta sus consecuencias en salud, económicas, sociales y culturales. Esto resalta la necesidad de generar estrategias innovadoras que no solo alivien el sufrimiento individual debido a las condiciones de salud mental, sino que también restablezcan la armonía entre el individuo y

el medio ambiente, abordando el estigma, reconstruyendo la confianza y reduciendo las desigualdades.

Debido a esto, Colombia ha adoptado estrategias encaminadas a abordar las necesidades locales en salud mental y a priorizar el papel de la salud mental en el bienestar de la población, como el *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP)¹ propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 2008. Con este antecedente, actualmente se adelanta un marco jurídico que ha llevado a incluir metas específicas en salud mental en los planes de desarrollo del país, como el Plan Nacional de Desarrollo de Colombia 2012-2021. En este marco, los proveedores de salud, tanto instituciones como personal sanitario, están siendo capacitados y se están diseñando planes para lograr los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública⁵ en materia de salud mental. Cada vez hay más evidencia sobre la eficacia y la coste-efectividad de múltiples estrategias destinadas a mejorar la prestación de servicios de salud mental, especialmente en las zonas remotas y más pobres, por ejemplo, utilizando modelos basados en tecnología, y creando capacidad entre proveedores de atención médica no especializados. Sin embargo, aún falta evidencia sobre los desafíos y oportunidades para escalar estas estrategias a nivel poblacional. Esta evidencia es necesaria para crear conciencia, y proporcionar recursos técnicos para la toma de decisiones en el desarrollo de políticas y programas de salud para la atención en salud mental.

Con este antecedente, el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE. UU. estableció un mecanismo de colaboración en investigación (*Research Partnership*) para Escalar Intervenciones en Salud Mental en Países de Medianos y Bajos Ingresos. El objetivo es llevar a cabo investigación sobre intervenciones de salud mental basadas en evidencia, y desarrollar capacidad

en investigación en estos países, con el fin generar y utilizar evidencia científica que podría ser empleada para diseñar e implementar dichas intervenciones. En respuesta a esta invitación, el proyecto DIADA fue diseñado como una estrategia *multicore* para evaluar intervenciones basadas en la evidencia, con el fin de ampliar la prestación atención en salud mental en la atención primaria⁶. Este proyecto, liderado por la Pontificia Universidad Javeriana en Colombia y el Dartmouth College en EE. UU., tiene tres objetivos principales:

- En primer lugar, el *core* administrativo está enfocado en apoyar una estructura organizativa básica y un enfoque de gestión, para obtener el máximo beneficio de una amplia gama de partes interesadas y para garantizar una coordinación e integración eficientes y exitosas de las actividades entre los diversos *core* del proyecto. En este *core*, nuestros objetivos son: a) proporcionar liderazgo científico y programático para garantizar una coordinación e integración eficientes y exitosas de las actividades en todos los proyectos del Hub, y b) proporcionar una infraestructura novedosa para mejorar la sinergia entre un equipo interdisciplinario de expertos, facilitando la comunicación productiva, la centralización del conocimiento y los recursos, y la integración de métodos y resultados en las actividades de investigación.
- En segundo lugar, el *core* de *Scale-up* (escalamiento) apoya la realización de investigaciones de implementación en salud mental, sistemáticas y multicéntricas, en contextos de atención primaria tanto rural como urbana con un amplio grupo de partes interesadas en los EE. UU. y América Latina.
- En tercer lugar, el *core* de creación de capacidad utiliza métodos e información basados en la ciencia para el desarrollo de capacidad sostenible para llevar a cabo investigaciones de implementación de salud mental e informar las políticas y programas de salud mental en América Latina. En este *core*, nuestros objetivos son: a) establecer recursos y una infraestructura para ayudar a Colombia y sus socios regionales de Chile y Perú a desarrollar capacidad para la investigación de la implementación de la salud mental, y b) construir capacidad sostenible para utilizar métodos e información basados en la ciencia para desarrollar políticas y programas de salud mental.

Dentro del *core* de *Scale-up* (escalamiento), llevamos a cabo varias investigaciones informativas, para conocer el uso de la tecnología (por ejemplo: internet, dispositivos móviles) entre los pacientes de sitios de atención primaria en Colombia, así como las percepciones, habilidades, actitudes, prácticas y experiencias de profesionales de la salud, administradores, pacientes y organizaciones comunitarias sobre el acceso, la continuidad, la integración, la calidad y la resolución de problemas en salud mental en atención primaria, por medio de la conducción de grupos focales y entrevistas en profundidad con múltiples partes interesadas. Además, adaptamos una herramienta para evaluar la integración en el servicio de un modelo de salud mental en Colombia, llamado Modelo de Integración de Salud Comportamental en Atención Médica (BHIMC, en inglés). Esta investigación formativa ayudó a infor-

mar el diseño y la implementación de un modelo de atención en salud mental basado en la tecnología, que permitiera incrementar el diagnóstico y la atención de pacientes con depresión y uso riesgoso de alcohol, en centros de atención primaria en Colombia.

La implementación del modelo comenzó en febrero de 2018 en seis centros de atención primaria y, a la fecha, ha contribuido a aumentar de casi un 0% a aproximadamente un 10% el diagnóstico y tratamiento de depresión, y un 1% el diagnóstico y tratamiento del uso riesgoso de alcohol entre los pacientes que buscan atención médica en los sitios de atención participantes. Las estrategias innovadoras implementadas en nuestro modelo trascienden la identificación del paciente a través de la tamización universal, para también mejorar el acceso a diagnóstico y manejo a través la formación de personal médico no especializado en la atención de estas condiciones de salud mental, y proporcionando herramientas de salud digital (herramientas digitales de apoyo a la toma de decisiones para los médicos y una herramienta terapéutica digital basada en *software* para los pacientes). Este modelo ha contribuido a reducir las brechas en la identificación y el acceso a la atención en salud mental en los sitios donde se ha implementado.

El objetivo principal de esta edición especial de la REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA es difundir los hallazgos del *core* de escalamiento del proyecto DIADA, tanto en relación con la investigación formativa como sobre la implementación del modelo. Mediante la difusión de estos hallazgos, esperamos contribuir al diálogo sobre los retos y oportunidades para la implementación de estrategias innovadoras dirigidas a reducir las barreras en la prestación de servicios de salud mental en personas con condiciones en salud mental.

Financiación

La investigación reportada fue financiada bajo el número 1U19MH109988 por el Instituto Nacional de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud (NIH) de los EE. UU. (investigadores principales: Dr. Marsch y Dr. Gómez-Restrepo). Los contenidos son únicamente la opinión de los autores y no representan necesariamente las opiniones de los NIH o del gobierno de los EE. UU.

Conflicto de intereses

El Dr. Marsch está afiliado la compañía que desarrolló la plataforma de intervención móvil utilizada en esta investigación. Esta relación es ampliamente administrada por la Dra. Marsch y su institución académica. Los demás autores no reportan ninguna relación financiera con intereses comerciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. World Health Organization. 2008.
2. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental

- disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394:240-8.
3. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guarnizo-Herreño CC, Garzón-Orjuela N, Eslava-Schmalbach J, et al. Violence due to Armed Conflict and Prevalence of Mood Disorders Anxiety and Mental Problems in the Colombian Adult Population. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45 Suppl 1:S147-53 [Article in Spanish].
 4. Gómez-Restrepo C, Cruz-Ramírez V, Medina-Rico M, Rincón CJ. Mental health in displaced children by armed conflict National Mental Health Survey Colombia 2015. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46:51-7.
 5. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021. Ministerio de salud. 2012.
 6. National Institute of Mental Health, Scaling Up Mental Health Interventions in Latin America. [verificada en 27 feb 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/scaleuphubs/scaling-up-mental-health-interventions-in-latin-america.shtml>.
- Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,c,*} y Lisa A. Marsch^d
- ^a Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia
- ^b Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia
- ^c Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá DC, Colombia
- ^d Investigadora Principal, Director Center for Technology and Behavioral Health, Andrew G. Wallace Professor, Geisel School of Medicine, Dartmouth College, Hanover, Nuevo Hampshire, EE. UU.
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co
 (C. Gómez-Restrepo).
- 0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría.
 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.
- <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.001>