



Capítulo 59/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

**ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN  
COLABORACIÓN CON ASISTENCIA  
PRIMARIA**

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Asistencia psiquiátrica en colaboración con asistencia primaria

*B. J. Beck, MSN, MD*

Puntos clave

Contexto

- Los cambios acaecidos en el sistema de asistencia médica y psiquiátrica de EE. UU. obligan a elaborar modelos innovadores que proporcionen una asistencia psiquiátrica de buena calidad, rentable y eficaz en el contexto de la medicina general.

Historia

- Los pacientes prefieren generalmente recibir tratamiento para sus problemas psiquiátricos en el contexto de la medicina general, pero el paciente, el proveedor y algunos factores relacionados con el sistema interfieren en un reconocimiento y tratamiento apropiados.

Retos para la investigación y la clínica

- Los síntomas psiquiátricos son frecuentes en las poblaciones atendidas en asistencia primaria, aunque muchos pacientes no cumplen los criterios de un trastorno diagnosticable.
- Los pacientes de asistencia primaria son diferentes de los que buscan una asistencia especializada; pueden desear un tratamiento más temprano en el curso de su enfermedad; con frecuencia acuden con síntomas somáticos, más que con síntomas psiquiátricos, y a menudo mejoran con cursos relativamente cortos de lo que los psiquiatras considerarían dosis subterapéuticas de los medicamentos.
- Las demandas de inmediatez, el registro y la productividad impuestos sobre los profesionales de la asistencia primaria pueden limitar su interés o capacidad para diagnosticar, tratar o investigar los problemas psiquiátricos en sus consultas.

Apuntes prácticos

- La colaboración empieza con la educación.
- Los cuatro principales objetivos de la colaboración son mejorar el acceso, el tratamiento, los resultados y la comunicación.
- Es necesario prestar una atención cuidadosa al registro y difusión de los resultados clínicos y la relación entre el coste y las compensaciones o el coste y la eficacia para informar sobre futuras políticas sistémicas y de reembolsos.

## Perspectiva general

Las tendencias históricas en la investigación, la educación y la práctica clínica de la psiquiatría<sup>1</sup> en el último siglo reflejan preocupaciones y avances en el sistema de asistencia sanitaria estadounidense más general<sup>2</sup> que piden un rediseño del sistema para proporcionar una asistencia sanitaria segura, personal, rentable y de alta calidad. Esto abarca abordajes innovadores de la asistencia psiquiátrica de los pacientes en el contexto de la medicina general, donde la mayoría de los pacientes aún prefiere recibir asistencia y que es el único recurso disponible para muchos. Los avances en la psicofarmacología facilitaron mucho el

desarrollo de tales modelos, que se diseñaron para abordar la calidad, la contención de costes y la distribución de los recursos limitados. La consulta y la asistencia psiquiátricas proporcionadas a los pacientes con enfermedades médicas se han basado principalmente en el hospital, pero las estancias hospitalarias cada vez más cortas reubicaron estos servicios en los contextos ambulatorios. Esto fue paralelo a la tendencia a llevar a cabo hospitalizaciones psiquiátricas más cortas (sin un aumento de los recursos de salud mental comunitarios),<sup>3</sup> que dejó a los profesionales de la asistencia primaria (PAP) para tratar enfermedades psiquiátricas más agudas en sus prácticas ambulatorias. Los psiquiatras innovadores prestaron atención al mandato de colaborar con sus colegas médicos en el desarrollo y puesta en marcha de modelos ambulatorios pragmáticos y rentables de asistencia psiquiátrica de buena calidad que pudieran prestarse en el contexto de la asistencia primaria.

El conocimiento del carácter limitado de los recursos sanitarios y el rápido aumento del coste sanitario forzaron un cambio en el objetivo de una asistencia basada en el paciente a otro basado en la población.<sup>4</sup> Aunque doloroso para nuestra sociedad individualista, esta transición expuso la tremenda carga presupuestaria de la morbilidad psiquiátrica. La población con trastornos psiquiátricos muestra una mayor utilización de la asistencia sanitaria física, un mayor absentismo laboral, un mayor paro, una mayor incapacidad subjetiva<sup>5-7</sup> y una mayor mortalidad. Aunque más difícil de demostrar, el tratamiento psiquiátrico apropiado y oportuno obtiene una buena relación entre su coste y las compensaciones que obtiene.<sup>8-10</sup>

Los cambios en el reembolso por la asistencia sanitaria dieron lugar a incentivos conflictivos a los PAP.<sup>11</sup> Por una parte, los planes prepago de proveedor de riesgos (es decir, programas de igualas), como la organización de mantenimiento de la salud (HMO, health maintenance organizations), expusieron al uso costoso de servicios de medicina general por parte de pacientes con enfermedades psiquiátricas no tratadas o mal tratadas. Hubo un incentivo para los PAP que comenzaran un tratamiento de los problemas psiquiátricos más frecuentes vistos en la asistencia primaria. Por otra parte, el sistema de selección realizado por el PAP, que evolucionó para gestionar el coste de la asistencia especializada, desincentivó el reconocimiento de las enfermedades mentales de mayor gravedad (o de cualquier trastorno mental con cuyo tratamiento el PAP no se sintiera cómodo). Los formularios limitados, diferentes en función del plan, con requisitos de autorización previos costosos de elaborar, complicaron aún más y disuadieron el inicio del tratamiento. Los seguros médicos cerrados (MCO, managed care organizations) excluyen a menudo las toxicomanías y la salud mental (llamados en su conjunto salud conductual [SC]) y las transfieren a organizaciones especiales (MBHO, managed behavioral health organizations),<sup>12</sup> algunas con redes de remisión limitadas que no incluyen psiquiatras colegas de los PAP. Esto no solo fue un importante desincentivo para la remisión, sino que también complicó la futura comunicación y colaboración entre los profesionales sanitarios que trataban la salud conductual y los problemas físicos. Aunque muchas MBHO han liderado iniciativas para promover el tratamiento en asistencia primaria de los problemas psiquiátricos frecuentes, la mayoría no autoriza o contrata a médicos que no sean psiquiatras, por lo que el coste pasa básicamente de las MBHO a las MCO [médicas].

La aprobación de la legislación de la reforma de la asistencia sanitaria de 2010 (Patient Protection and Affordable Care Act [PPACA]) ha promovido el contexto para crear sistemas asistenciales más inclusivos, accesibles, coordinados e integrados,<sup>13</sup> y el logro del «triple objetivo» (es decir, mejora de la calidad, mejora de los resultados, reducción del coste de la asistencia sanitaria total).<sup>14</sup> Estas iniciativas comprenden el hogar médico centrado en el

paciente, el hogar sanitario, las organizaciones asistenciales responsables y los programas integrados para poblaciones «adecuadas duales» (es decir, adecuados para Medicare y Medicaid, el anciano y el indigente, o el incapacitado y el pobre).<sup>15</sup> Para que tenga éxito, los psiquiatras consultores tienen un importante y reconocido papel en cada una de estas iniciativas.<sup>16</sup> Los hogares médicos y sanitarios comparten ciertas características, pero muestran notables diferencias, que se resumen en la [tabla 59-1](#).<sup>13</sup> Los hogares sanitarios se centran específicamente en la asistencia de pacientes con ciertos trastornos crónicos, reconociendo que la asistencia de los pacientes con múltiples enfermedades crónicas es siete veces más cara que la de los pacientes con solo un trastorno. La enfermedad mental grave es uno de los trastornos crónicos identificados, porque el 68% de los adultos afectados tienen otros trastornos médicos y mueren, de media, 25 años antes que la población general sobre todo por enfermedades médicas prevenibles. Se ha visto que la atención colaborativa de esta población mejora los resultados de los trastornos físicos y psiquiátricos.<sup>17</sup> A los hogares sanitarios se les exigen seis servicios centrales, que se enumeran en el [cuadro 59-1](#), diseñados para integrar la asistencia física, la salud conductual y los servicios sociales.<sup>13</sup>

Tabla 59-1

¿Cómo se diferencian los hogares de salud de los hogares médicos centrados en el paciente?<sup>13</sup>

Categoría	Hogares de salud	Hogares médicos
Población atendida	Sujetos con trastornos crónicos aprobados	Todas las poblaciones atendidas
Personal	Puede incluir consultas de asistencia primaria, centros de salud mental comunitarios, centros de salud cualificados a nivel federal, agencias de hogares de salud, equipos de tratamiento comunitario, etc.	Se definen de forma característica como consultas asistenciales dirigidas por médicos, pero también por profesionales de grado medio
Financiadores	En la actualidad son solo estructuras financiadas por Medicaid	Existen para múltiples financiadores: Medicaid, compañías de seguros, etc.
Objetivo de la atención	Fuerte foco en la salud conductual (incluido el tratamiento de toxicomanías), el apoyo social y otros servicios (incluidos la nutrición, la salud en el hogar, la coordinación de actividades, etc.)	Centrado en el reparto de asistencia tradicional: remisión y seguimiento con pruebas analíticas, seguimiento de guías, receta electrónica, comunicación entre profesional y paciente, etc.
Tecnología	Uso de tecnologías de la información para la coordinación a lo largo de un espectro continuo de asistencia, incluidas soluciones dentro del mismo centro como la monitorización remota en hogares de pacientes	Uso de tecnologías de la información para la asistencia tradicional

Tomado de Morgan L. Health homes vs. medical homes: big similarities and important differences. OPEN MINDS Management Newsletter, April 2012. <http://www.openminds.com/market-intelligence/premium/2012/040112/040112f.htm?> Acceso el 9/8/2013.

Cuadro 59-1 Servicios centrales de los hogares de salud<sup>13</sup>

1. Gestión asistencial completa
2. Coordinación de la asistencia y promoción de la salud
3. Asistencia completa en la transición de la hospitalización a otros contextos, incluido un seguimiento apropiado
4. Apoyo individual y familiar
5. Remisión a servicios de apoyo comunitarios y sociales
6. Uso de tecnologías de información sanitaria para conectar servicios

## Epidemiología

El estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA), realizado a principios de los años ochenta, intentó cuantificar la prevalencia de problemas psiquiátricos en los residentes de la comunidad de EE. UU. En un intervalo de 6 meses, alrededor del 7% buscaron ayuda por un problema de salud conductual. Más del 60% nunca vieron a un profesional de salud conductual, pero buscaron asistencia en un contexto médico (p. ej., departamento de urgencias [DU], consulta de un PAP).<sup>18</sup> Incluso entre los que cumplían todos los criterios de un trastorno psiquiátrico diagnosticable, el 75% fueron vistos solo por el médico general (en lugar de por un especialista en salud conductual).<sup>19</sup> Los problemas psiquiátricos fueron, por tanto, muy frecuentes entre las poblaciones de asistencia primaria. Alrededor de la mitad de los pacientes ambulatorios de medicina general tenían algún síntoma psiquiátrico. El uso de entrevistas diagnósticas estructuradas detectó una prevalencia del 25 al 35% de enfermedades psiquiátricas diagnosticables en esta población de pacientes. No obstante, en torno al 10% de los pacientes de asistencia primaria tenían problemas psiquiátricos significativos sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno psiquiátrico.<sup>20</sup> La mayoría de los trastornos diagnosticables fueron trastornos del estado de ánimo (80%), y la depresión fue el más frecuente (60%) seguida a mucha distancia de la ansiedad (20%). Cuanto más grave era el trastorno (p. ej., trastornos psicóticos), más probable era que estuviera tratado por profesionales de salud conductual.<sup>19</sup>

La National Comorbidity Survey (NCS), realizada entre 1990 y 1992, demostró una prevalencia a lo largo de la vida del 50% de uno o más trastornos psiquiátricos en adultos estadounidenses, con un 30% de prevalencia al cabo de 1 año de al menos uno de los trastornos.<sup>21</sup> La dependencia de alcohol y la depresión mayor se encontraban entre los trastornos más frecuentes.

Una repetición rigurosa de la NCS (NCS-Replication Survey [NCS-R]), realizada en 2001-2002, también midió la gravedad, la relevancia clínica, la incapacidad general y la alteración de la función.<sup>22</sup> La NCS-R encontró que el riesgo de depresión era relativamente bajo hasta el principio de la adolescencia, cuando empieza a aumentar de forma lineal. La pendiente de esa línea ha aumentado (es decir, se ha inclinado más) en cada cohorte sucesiva seguida desde el nacimiento desde la Segunda Guerra Mundial. La prevalencia a lo largo de la vida de

depresión significativa fue del 16,2%; a los 12 meses, del 6,6%. Pero dos observaciones tuvieron un particular interés. Primera, el 55,1% de los miembros de la comunidad que buscaban asistencia y respondieron recibieron esa asistencia en el sector de la salud conductual. La otra observación significativa, atribuible a los avances en la farmacoterapia y los esfuerzos educativos, fue que el 90% de los respondedores tratados de depresión en cualquier contexto médico recibieron psicotrópicos. Esto indicó una mejora en el tratamiento de la depresión en la comunidad, que se vio amortiguada por el hallazgo de que solo el 21,6% de los pacientes recibieron lo que las guías recientes basadas en la evidencia (American Psychiatric Association [APA], Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]) consideraban un tratamiento mínimamente adecuado (64,3% tratados por profesionales de salud conductual y 41,3% tratados por médicos generales) y por el hecho de que casi la mitad (42,7%) de los pacientes con depresión no recibieron ningún tratamiento.<sup>22</sup> Estudios más antiguos registraron que los PAP no diagnosticaban alrededor de la mitad de los trastornos mentales con criterios completos en sus pacientes,<sup>23,24</sup> pero estudios posteriores demostraron que los PAP reconocían a sus pacientes con depresión grave<sup>25</sup> o ansiedad.<sup>26</sup> Estos estudios también demuestran que los pacientes de asistencia primaria con mayor grado de función y síntomas menos intensos obtienen resultados relativamente buenos, incluso con ciclos cortos de dosis relativamente bajas de medicamentos. Esto subraya la dificultad diagnóstica que suponen para los PAP. Los pacientes de asistencia primaria son diferentes a los que buscan una asistencia especializada (es decir, la población en la que se ha realizado la mayor parte de la investigación psiquiátrica). Los pacientes de asistencia primaria pueden buscar tratamiento antes en el curso de su enfermedad, dado que tienen una relación establecida con su PAP que no depende de tener o no un trastorno psiquiátrico. Con frecuencia debutan con síntomas somáticos, en lugar de psiquiátricos. Dado que el cuerpo es el dominio idóneo del PAP, esto dificulta más el diagnóstico. Los pacientes de asistencia primaria acuden a menudo con síntomas psiquiátricos agudos que desaparecen con rapidez (es decir, antes de alcanzar concentraciones terapéuticas de los medicamentos), lo que indica que podrían beneficiarse mucho de una espera expectante y del apoyo empático de sus PAP. Hay una elevada relación ruido-síntoma en los pacientes de asistencia primaria con problemas psiquiátricos: es decir, hasta un tercio de estos pacientes con problemas psiquiátricos tienen trastornos subsindrómicos que no cumplen los criterios de los trastornos mentales diagnosticables. Esta ambigüedad diagnóstica, unida a los resultados relativamente buenos de ensayos cortos de dosis subterapéuticas de medicamentos,<sup>23,27</sup> es la causa de reconsiderar el significado del «fracaso» diagnóstico del PAP. Gran parte de la angustia del paciente de asistencia primaria se resuelve espontáneamente, bien con la resolución del episodio iniciador, la preocupación expresada por el profesional sanitario, o el efecto placebo de unos pocos días de tratamiento médico. Puede atribuirse a un trastorno de adaptación.

## **Barreras terapéuticas**

El reconocimiento de los síntomas es necesario, pero no suficiente, para asegurar el tratamiento de los problemas psiquiátricos dentro de la asistencia primaria.<sup>28</sup> Incluso cuando los PAP están informados de los resultados del cribado estandarizado, pueden no iniciar el tratamiento. Factores que dependen del PAP, del paciente y del sistema coinciden inhibiendo la discusión necesaria para promover el tratamiento («no preguntes/no digas nada»).

Los factores relacionados con el médico («no preguntes») abarcan no recoger una anamnesis social ni realizar una investigación del estado mental.<sup>30</sup> Esto puede atribuirse a déficits en la formación de los estudiantes de medicina y de los residentes,<sup>31</sup> a presiones relacionadas con el tiempo y la productividad y a defensas personales (p. ej., identificación, negación,<sup>32</sup> aislamiento del afecto). Los PAP tienen más experiencia y se sienten más cómodos abordando síntomas físicos. Algunos PAP temen que sus pacientes abandonen la consulta si se les pregunta sobre asuntos relacionados con la SC. Como muchos pacientes, el PAP puede no creer que el tratamiento les ayude. No disponer de una respuesta o abordaje preparados es un obstáculo importante para identificar un problema nuevo dentro del contexto de una visita de asistencia primaria de 15 min. La negación o la evitación pueden prevalecer cuando el PAP con presiones de tiempo se siente inseguro sobre cómo tratar o remitir al paciente o sobre si debe hacerlo.

Los estigmas, prevalentes entre los pacientes y profesionales, son un disuasorio importante para que el paciente muestre sus síntomas psiquiátricos. A menudo los pacientes «no hablan» por vergüenza o azoramiento. Los pacientes pueden desconocer que tienen un trastorno de la SC diagnosticable o tratable.<sup>33</sup> Pueden equiparar los problemas psiquiátricos con la debilidad personal y asumir que su PAP comparte este punto de vista. Por esta y otras razones, los pacientes de asistencia primaria acuden con frecuencia con quejas físicas; esto aumenta la complejidad diagnóstica,<sup>34</sup> dado que los trastornos médicos pueden simular trastornos psiquiátricos, los trastornos psiquiátricos pueden dar lugar a síntomas físicos, y a que los trastornos psiquiátricos y médicos pueden coexistir.

Los factores relacionados con el sistema incluyen el siempre cambiante clima económico y de reembolsos de la asistencia sanitaria (p. ej., seguros médicos cerrados, «exclusiones», proveedor de riesgo, iguala, pago por servicio, matices de codificación, formularios diferenciales, autorización previa) que promueve imperativos económicos para contener el coste y aumentar la eficiencia. Esta inestabilidad del sistema, la confusión y los apretados tiempos administrativos reducen ostensiblemente el impulso por conseguir un tratamiento para un posible trastorno autolimitado. La exclusión de la SC ha complicado la posibilidad de reembolso al PAP del tratamiento de los trastornos de la SC, mientras que los planes de prepago (p. ej., HMO) reducen los incentivos para no ofrecer nada «adicional».<sup>35</sup> La necesidad de incrementar la productividad ha acortado en exceso la «visita rutinaria», ahora a menudo inferior a 15 min, mientras que la carga excesiva de documentación exigida reduce más el tiempo disponible para la actividad clínica. Aunque el registro médico electrónico (RME) ha estandarizado y mejorado el cribado, la documentación y el seguimiento,<sup>36</sup> también es una fuente de pérdida del tiempo clínico. La llegada de psicotrópicos nuevos, más seguros y más tolerables que favorecen su uso se ha visto contrarrestada por los costes farmacéuticos en alza y los formularios restrictivos (y posiblemente difíciles de leer<sup>37</sup>). El ejercicio de la asistencia primaria ha alcanzado un punto de crisis: las presiones son tan abrumadoras que pocos PAP pueden aguantar una práctica clínica a tiempo completo.

## Objetivos de la colaboración

Ahora que existen tratamientos eficaces basados en la evidencia, el acceso y la calidad de la asistencia siguen siendo aspectos significativos, que se abordan mejor mediante la colaboración entre las asistencias psiquiátrica y primaria. Los cuatro objetivos principales de la colaboración son mejorar el acceso, el tratamiento, los resultados y la comunicación.

## Acceso

La atención colaborativa en el contexto de la asistencia primaria tiene que ver con factores derivados del médico y del paciente que limitan el acceso del paciente a una evaluación y tratamiento adecuados. La mayoría de los pacientes están familiarizados con el contexto de la medicina general y se sienten más cómodos y menos estigmatizados allí. Por el contrario, pueden creer que la clínica de salud mental es para los «locos», no para una «clientela» (percibida) con la que se identifiquen. Incluso una unidad definida de SC en asistencia primaria puede ser estigmatizadora y por ello ser una barrera para el acceso al tratamiento. La mayoría de los pacientes no conocen a ningún psiquiatra ni cómo acceder a la asistencia de uno de ellos, y ni siquiera están seguros de que necesiten uno. La decisión sin ayuda de incurrir en la arena de la SC puede estar cargada de vergüenza y ansiedad, disuasorios poderosos para hacer esa primera llamada. Llamar a la consulta del PAP y establecer una cita por astenia, problemas para dormir, pérdida de peso o palpitaciones resulta infinitamente menos amenazador.

Una relación establecida entre el PAP y un psiquiatra consultor accesible y fiable reduce la carga que supone reconocer, tratar o remitir a los pacientes con trastornos mentales. Los PAP identifican con mayor facilidad el sufrimiento psiquiátrico e inician el tratamiento cuando disponen de un trasfondo clínico experto.

## Tratamiento

Los PAP han prescrito a menudo a lo largo de la historia insuficientes dosis de medicamentos (p. ej., 25 mg de amitriptilina) para la depresión mayor.<sup>38</sup> Desde la llegada de medicamentos más seguros y mejor tolerados (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]), las elecciones prescriptivas de los PAP han mejorado,<sup>39,40</sup> aunque las dosis usadas siguen siendo subóptimas. Las benzodiazepinas han sido prescritas por los PAP con mayor frecuencia que cualquier otra clase de psicotrópicos, incluso para la depresión mayor,<sup>41</sup> pero ahora han sido superadas adecuadamente por las prescripciones de antidepresivos.<sup>40</sup> La colaboración con la consulta del psiquiatra puede mejorar la elección, la dosis y la gestión de los psicotrópicos. La colaboración también resulta útil cuando el medicamento de elección del PAP está fuera de la indicación oficial para un paciente dado. Este obstáculo para el tratamiento puede convertirse en cambio en una oportunidad para una educación corta y pragmática.

## Resultados

Varios estudios han demostrado mejores resultados en pacientes de asistencia primaria con depresión grave tratados en colaboración entre su PAP y un psiquiatra.<sup>42-44</sup> Pero la rentabilidad es difícil de demostrar por los costes ocultos de la incapacidad psiquiátrica.<sup>6,45,46</sup> No obstante, hay pruebas de una reducción del gasto total de la asistencia sanitaria cuando los problemas de SC se abordan de la forma adecuada.<sup>10</sup> Aunque no fuera así, la medida sería rentable.<sup>8,47-49</sup> Es decir, que la asistencia del problema psiquiátrico del paciente es más rentable que gastar la misma cantidad de dinero tratando síntomas somáticos a menudo resistentes de pacientes que utilizan muchos recursos médicos.



## **Comunicación**

La colaboración acaba con la queja justificable de los PAP del «cuadro negro» de la psiquiatría debido a que la comunicación está implícita en estos modelos de asistencia. La información debe ir en las dos direcciones para ayudar al psiquiatra y al PAP en la provisión de una buena asistencia. Las remisiones que realizan los PAP proporcionan información pertinente y establecen la cuestión clínica. Además de dirigir los síntomas psiquiátricos, el PAP tiene y proporciona importante información sobre la anamnesis médica, las alergias, los tratamientos y los medicamentos. El psiquiatra que actúa en colaboración comparte sus observaciones, impresiones diagnósticas y recomendaciones terapéuticas. La información sobre las remisiones y las consultas debe ser escrita y, cuando sea posible, proporcionarla verbalmente para asegurar un entendimiento entre profesionales sanitarios colaboradores. El correo electrónico seguro, los mensajes del RME entre el personal u otras soluciones tecnológicas (tecnologías de la información) también pueden proporcionar información casi instantánea y hacer que el PAP atareado se centre en los detalles pertinentes.

Los pacientes, por supuesto, deben ser conscientes de la relación de colaboración que hay entre el PAP y el psiquiatra, así como de su comunicación compartida.

## **Roles, relaciones y expectativas**

La colaboración exitosa requiere un claro entendimiento y definición de los roles. Todas las partes, incluido el paciente, deben conocer la responsabilidad del PAP sobre la asistencia global del paciente. El PAP es el gestor y supervisor de todos los servicios especializados. El psiquiatra es un consultor para el PAP y a veces un compañero de tratamiento, dependiendo del modelo. La colaboración no rompe la confidencialidad con el paciente porque el PAP y el psiquiatra están dentro del mismo círculo de asistencia y el paciente está informado de esta relación.

Este flujo libre de comunicación y registro tiene limitaciones razonables. Si un paciente pide que no se reflejen detalles particulares en su registro médico general y estos detalles no afectan directamente a la asistencia médica del paciente (p. ej., antecedentes de abuso infantil), es razonable respetar ese deseo. Esta información pertinente (p. ej., experiencia de un trauma infantil) puede expresarse en términos más generales. Pero si la información pudiera afectar al tratamiento médico (p. ej., adicción actual o pasada a drogas) o a la seguridad (p. ej., intento suicida u homicida, o intento anterior de suicidio), tal información no debe ocultarse al PAP y así debe comunicarse al paciente.

Cuando el PAP remite al paciente al psiquiatra, el paciente debe entender lo que espera de la visita. También es responsabilidad del psiquiatra describir claramente los parámetros del contacto (p. ej., si será una sola consulta, con o sin la posibilidad de seguimiento del tratamiento farmacológico, o una posible remisión para terapia). Si el psiquiatra ve al paciente más de una vez, puede ser necesario repetir las relaciones (es decir, entre el PAP y el psiquiatra, así como entre el paciente y el psiquiatra). La claridad de los roles y la relación entre los profesionales sirve para evitar al paciente una sensación de abandono, bien respecto al PAP cuando se remite al paciente al psiquiatra, o respecto al psiquiatra cuando el paciente vuelve al PAP para seguir el tratamiento psiquiátrico.

En los modelos de colaboración de la asistencia es frecuente que las notas del psiquiatra se realicen en el registro médico general, lo que puede plantear problemas en cuanto a la

confidencialidad y la intimidad. La mayoría de los estados exigen una liberación específica de los registros terapéuticos relacionados con la SC o la toxicomanía. Las notas de SC en el registro médico general deben estar codificadas en color o marcarse de algún otro modo, de forma que puedan eliminarse cuando los registros se copien para que medicina general libere información. Con un RME puede haber soluciones de codificación informáticas que evitan la liberación inadvertida de esta información. (Como los asuntos relacionados con la SC cada vez son más tratados por el PAP, la cuestión de cómo registrar y proteger tal tipo de información es una preocupación creciente, que es preferible abordar de forma que no complique más este tratamiento ni lo impida.)

## Modelos de colaboración

Los modelos de colaboración difieren respecto a dónde se ve al paciente, si hay un solo registro médico, cómo se comunican los profesionales sanitarios, si el psiquiatra recomienda o inicia un tratamiento y si el psiquiatra ve al paciente (nunca, una vez, más de una vez) o es un tratamiento continuo. Otra variable importante es si los dos profesionales pertenecen al mismo equipo médico o el grado de disponibilidad del psiquiatra (físicamente, por vía electrónica o telefónica) para el PAP. La [tabla 59-2](#) resume estas diferencias.

Tabla 59-2

### Modelos de colaboración

Modelo	Registros	Ver al paciente <sup>1</sup>	Tto./rec. <sup>2</sup>	Comunicación <sup>3</sup>	Lugar <sup>4</sup>	Persona <sup>5</sup>	Disponibilidad (paciente/PAP) <sup>6</sup>
<b>CONSULTA</b>							
Clínica psiquiátrica especializada	Separados	1+ o cont.	T	Es (V, E)	Psi.	N	Cita/acu.
Psiquiatra consultor	Variables	1+	R	Es (P, V o E)	PC o psi.	N	Cita/acu.
Teleconsulta	n/a	0	R	Es y V	n/a	N	0/ED, V
Modelo de tres componentes (TCM)	Compartidos	0, 1+	R	GA (P, V, E)	PC	N	0, cita/prog. (ED)
Consultor de la plantilla	Compartidos	1+	R, T	Es y (P, V o E)	AP	Y	Cita/acu.

Modelo	Registros	Ver al paciente <sup>1</sup>	Tto./rec. <sup>2</sup>	Comunicación <sup>3</sup>	Lugar <sup>4</sup>	Persona <sup>5</sup>	Disponibilidad (paciente/PAP) <sup>6</sup>
Asistencia paralela	Variable	Cont.	T	Es o P o V o E	AP (psi.)	Y	Cita/acu.
Tratamiento en colaboración	Compartidos	2	T y R	Es y (P, V o E)	AP	Y	Cita/prog. (ED)
Dirigida por asistencia primaria	Compartidos	1, 2	T y R	Es y (P, V o E)	AP	Y	0, cita, RT/ED (P, V, E)

Clave:

<sup>1</sup> 0 = el paciente no es visto por el psiquiatra; 1 = visto una vez; 1+ = visto una o más veces; 2 = puede ser visto varias veces, pero no recibe una asistencia continua; cont. = el paciente es visto de forma continua (asistencia continua).

<sup>2</sup> T = inicia tratamiento (tto.); R = realiza recomendaciones (rec.); R, T = dependiendo del acuerdo previo, puede recomendar y/o tratar; T y R = inicia tratamiento y seguimiento con recomendaciones para el médico de asistencia primaria (PAP).

<sup>3</sup> Es = escrita, ya sea una nota o una evaluación en papel; P = en persona; V = por teléfono o correo de voz; E = correo electrónico seguro o registro médico electrónico (RME); GA = alianza con gestor de asistencia, formulario estandarizado, etc.; ( ) = modos que pueden estar disponibles.

<sup>4</sup> Psi. = clínica o consulta del psiquiatra; AP = contexto de asistencia primaria; AP (psi.) = asistencia primaria o unidad de salud mental o psiquiátrica dentro del contexto de la asistencia primaria.

<sup>5</sup> N = el psiquiatra no está necesariamente en el mismo equipo de personal médico que el PAP; Y = el PAP y el psiquiatra son colegas del mismo equipo.

<sup>6</sup> Cita = mediante cita; acu. = acuerdo entre PAP y consultor; 0 = el paciente no es visto por el psiquiatra; ED = en directo; prog. = tiempos programados de forma periódica de forma repetida; P = en persona; V = teléfono o correo de voz; E = correo electrónico seguro o RME.

## Modelos de consulta ambulatoria

La consulta implica la colaboración en que el PAP remite o presenta el paciente al psiquiatra para obtener consejo o recomendaciones expertas. Dependiendo del contexto o del sistema, puede compartirse un solo registro médico o los profesionales pueden mantener registros separados y compartir la información pertinente. A los pacientes se les puede ver en el contexto de la asistencia psiquiátrica o primaria.

Esto difiere de la práctica de los psiquiatras privados con fuentes establecidas de remisión en el sector de la asistencia primaria, donde estos profesionales no desarrollan, en general, una relación de verdadera colaboración, con comunicación activa o registros compartidos. Ellos tratan en paralelo, pocas veces en colaboración.

### **Clínicas psiquiátricas especializadas**

Las clínicas psiquiátricas especializadas (p. ej., clínica de trastornos de la conducta alimentaria), habitualmente en hospitales universitarios o centros de asistencia terciaria, mantienen generalmente registros separados, exigen ver al paciente en la clínica psiquiátrica y elaboran algún medio de comunicación activa y clínica relevante con el PAP. Suele exigirse que los pacientes tengan problemas bien definidos para su remisión. Aunque los estigmas pueden interferir en el cumplimiento del paciente con tal remisión, una ventaja importante de tales clínicas es el abordaje experto y multidisciplinario que proporcionan a los pacientes con problemas psiquiátricos y médicos complejos.

### **Psiquiatras consultores**

Los psiquiatras consultores<sup>50,51</sup> pueden ofrecer una opinión a través de una sola visita en la clínica de asistencia primaria (o en la consulta del consultor, similar a la de otras consultas de especialistas). Como la consulta de un paciente ingresado, la petición de consulta y el informe deben hacerse en el registro de asistencia primaria. La comunicación verbal inmediata, en persona siempre que sea posible, o por teléfono, correo electrónico o correo de voz aumenta mucho la utilidad de tales consultas. El consultor no inicia generalmente el tratamiento, pero da recomendaciones prácticas. El papel del PAP y el hecho de que se produzca en el contexto de la asistencia primaria fomentan la participación del paciente y reducen el estigma. Este modelo también promueve las oportunidades de una educación informal continua entre el PAP y el consultor.

### **Modelo de tres componentes**

Apoyado por la MacArthur Initiative on Depression in Primary Care, el modelo de tres componentes (TCM, three-component model)<sup>52</sup> es un sistema formalizado de asistencia con consultoría que promueve el tratamiento en asistencia primaria de la depresión como una enfermedad crónica, con medidas periódicas del cumplimiento y del resultado para guiar el protocolo basado en la evidencia de medicamentos y otros ajustes terapéuticos. Hay módulos educativos para PAP, psiquiatras consultores, gestores de la asistencia telefónica y pacientes. Se usa repetidas veces el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), una herramienta de 10 ítems y una página que cumplimenta el propio paciente y cuantifica los síntomas neurovegetativos de depresión del paciente,<sup>53</sup> para seguir el progreso del paciente. Se registran múltiples medidas de los síntomas y del cumplimiento terapéutico en un formulario

estándar que facilita la revisión de la consulta, la comunicación y el tratamiento organizado, la planificación y el ajuste.

La difusión del TCM y sus materiales estandarizados, manuales y módulos educativos mejora la asistencia de esta gran población (es decir, los pacientes que reciben tratamiento para la depresión en asistencia primaria) mientras además proporciona datos para informar a los que deciden las políticas (y los reembolsos). Otras herramientas basadas en la evidencia son las Health Disparities Collaboratives (el esfuerzo combinado del Department of Health and Human Services, la Health Resources and Services Administration, y la Bureau of Primary Health Care) y el modelo IMPACT<sup>54</sup> (fundado en un principio por la John A. Hartford Foundation, la California Health Care Foundation, la Hogg Foundation y la Robert Wood Johnson Foundation).

## **Psiquiatra en el personal médico de la clínica de asistencia primaria**

Cuando el psiquiatra es un colega del equipo de los PAP, hay más posibilidades de colaboración y asistencia compartida. Esta proximidad entre el PAP y el consultor facilita la comunicación, la educación formal e informal, el acceso inmediato a una consulta cercana y una mayor conciencia del PAP de los problemas psiquiátricos de sus pacientes. Esta disposición también puede dar una oportunidad excelente de formación de residentes de psiquiatría y asistencia primaria. Los pacientes aprecian ser vistos en el contexto más familiar de la asistencia primaria y se sienten menos estigmatizados.

Varios modelos de asistencia han evolucionado o se han desarrollado para utilizar los servicios de un psiquiatra ubicado en el mismo centro. El psiquiatra puede: 1) pasar la consulta como un miembro del equipo médico; 2) evaluar y tratar a pacientes en paralelo con el PAP; 3) alternar visitas con el PAP mientras se inicia el tratamiento,<sup>9,44,54</sup> o 4) evaluar, estabilizar y devolver al paciente al PAP con recomendaciones para una asistencia continua, o facilitar las remisiones a profesionales de salud mental externos.<sup>55</sup>

### **Consultor dentro del equipo**

Las consultas, como antes, se escriben en el registro médico regular. La permanencia del psiquiatra permite una relación entre el consultor y el PAP más finamente ajustada. Por ejemplo, con un acuerdo establecido anteriormente, el consultor puede iniciar el tratamiento recomendado. El psiquiatra consultor puede ofrecer sugerencias clínicas relevantes durante las sesiones clínicas o las discusiones de los pacientes más complejos. El psiquiatra también puede ver al paciente con el PAP durante la visita de asistencia primaria, capitalizando el conocimiento extenso del PAP sobre el paciente, y su larga relación con él, para proporcionar recomendaciones terapéuticas más oportunas. En uno de tales modelos de consulta, un consultor y varios médicos viajan a varias clínicas de asistencia primaria dentro del sistema de asistencia sanitaria más amplio y proporcionan varios servicios consultores, educativos y terapéuticos.<sup>51</sup>

### **Asistencia paralela**

Si el psiquiatra asume la asistencia psiquiátrica continua de los pacientes en paralelo con el PAP, algunas clínicas tienen historias clínicas de salud mental separadas. Esta opción exige

algunos medios de comunicación claros para mantener a todos los profesionales informados. En las clínicas con un RME, una sola lista de medicamentos actualizada mantendrá al menos a ambos profesionales informados de los medicamentos y de los cambios de medicamentos actuales.

Algunas clínicas de asistencia primaria incorporan una unidad o clínica de salud mental. Si esta se encuentra en un lugar geográfico identificable dentro de la clínica, adolece del mismo estigma de las clínicas que están realmente separadas. Aunque aún esté dentro del círculo de asistencia, cuanto mayor sea la clínica y más separados estén los servicios de la clínica, mayor diligencia será necesaria por parte de cada profesional para cubrir el desafío de una comunicación continua.

La capacidad psiquiátrica de las clínicas de asistencia primaria que ofrecen estos servicios es a menudo inadecuada para cubrir las necesidades de toda la población de pacientes de la clínica. Esta situación puede ser problemática y retrasa el acceso porque a la mayoría de los pacientes les gustaría ser tratados en este contexto. Los criterios uniformes facilitan la clasificación de los pacientes para su tratamiento dentro del mismo centro o su remisión a uno externo. Estos criterios comprenden consideraciones tan justificables como el diagnóstico, los recursos comunitarios disponibles, las necesidades lingüísticas o el financiador. Ciertos problemas psiquiátricos inestables o menos frecuentes pueden atenderse mejor en el sector de la SC, bien en clínicas comunitarias con servicios «globales», o bien en clínicas de subespecialidades específicas. En la mayoría de las comunidades, los pacientes que hablan inglés tienen más opciones terapéuticas. Dependiendo de la localización y la disponibilidad de servicios adecuados que hablen en otras lenguas, a los pacientes se les puede ver preferentemente dentro del centro o ser remitidos a uno externo. Cuando es adecuado, el sistema de iguala favorecerá el tratamiento dentro del mismo centro. Los pacientes con seguros tendrán generalmente más opciones fuera del contexto de la asistencia primaria que los no asegurados, y algunos planes de seguros con exclusiones pueden no cubrir la asistencia psiquiátrica en el mismo contexto en que se les cubren los servicios médicos.

### **Tratamiento en colaboración**

En el tratamiento en colaboración,<sup>44,56</sup> el paciente alterna visitas entre el psiquiatra y el PAP en el contexto de la asistencia primaria durante el inicio del tratamiento (es decir, las primeras 4-6 semanas). El PAP asume entonces la responsabilidad del tratamiento psicofarmacológico continuo del paciente. Este modelo se elaboró como un protocolo de investigación para tratar a pacientes de asistencia primaria deprimidos (y se ha ampliado al tratamiento del trastorno de angustia<sup>8</sup> y a pacientes con síntomas depresivos persistentes<sup>56</sup>). Los pacientes son remitidos por el PAP, habitualmente después de un ensayo ineficaz de un tratamiento farmacológico. Este programa intensivo de asistencia ha resultado rentable en los pacientes de asistencia primaria más deprimidos.

Este modelo lleva implícitas ciertas suposiciones. El tratamiento en colaboración supone que el PAP puede iniciar un tratamiento adecuado de la depresión, gestionar la asistencia de los pacientes estabilizados con medicamentos antidepresivos y atender mejor a los pacientes con una mayor depresión con la colaboración del psiquiatra consultor del mismo centro.<sup>57</sup> Este modelo también supone que tal colaboración comienza con la educación y la formación del PAP. Además, el PAP participa en conferencias educativas periódicas. También forma parte integral del tratamiento un módulo psicoeducativo para pacientes.

## Modelo dirigido desde la asistencia primaria

El modelo dirigido desde la asistencia primaria<sup>55</sup> evolucionó a partir de la necesidad práctica de ayudar al PAP a proporcionar buena asistencia psiquiátrica a sus propios pacientes de asistencia primaria con recursos psiquiátricos limitados. Este modelo incorpora elementos de consulta y tratamiento en colaboración, con el objetivo de maximizar el tratamiento de los pacientes de asistencia primaria adecuados, en el contexto de la asistencia primaria. Se utilizan criterios establecidos para la clasificación, y en primer lugar se considera la idoneidad del tratamiento del PAP. Se envían copias (fotocopias o copias electrónicas) de todas las notas y evaluaciones psiquiátricas al PAP, y se registran en el registro médico habitual (o RME). La clínica proporciona formación psiquiátrica a los residentes de psiquiatría y asistencia primaria. Las suposiciones implícitas de este modelo son las del modelo del tratamiento en colaboración, pero más extensas, reflejo de su ámbito diagnóstico más amplio. Estas suposiciones se enumeran en el [cuadro 59-2](#).

### Cuadro 59-2 Suposiciones del modelo dirigido por asistencia primaria

1. La colaboración empieza con la educación de los profesionales de la asistencia primaria (PAP) y de los psiquiatras
2. Las necesidades psiquiátricas de los pacientes deben cubrirse en el contexto de la asistencia primaria cuando sea compatible con una buena asistencia
3. Los PAP pueden gestionar la asistencia de los pacientes estabilizados con medicamentos psiquiátricos
4. Los PAP pueden comenzar un tratamiento adecuado de algunos trastornos psiquiátricos
5. Los PAP pueden atender mejor las necesidades psiquiátricas de más pacientes con la colaboración de una consulta psiquiátrica dentro del mismo centro
6. Algunos pacientes y algunos trastornos tienen pocas probabilidades de estar lo suficientemente estables para ser tratados por un PAP
7. La responsabilidad por la asistencia total exige la comunicación entre los PAP y cualquier otro profesional sanitario o consultor implicado

En este modelo, la petición por escrito para la consulta o remisión procede del PAP. La remisión comprende el aspecto clínico que se va a abordar y cualquier ensayo terapéutico iniciado por el PAP. A los PAP se les anima también a llamar o acudir a la consulta del psiquiatra, localizada dentro del área de la clínica de asistencia primaria, para obtener más información general sobre los diagnósticos, los medicamentos o el tratamiento conductual. Se dispone de una serie de servicios psiquiátricos, como la evaluación formal con estabilización a lo largo de varias visitas y el retorno del paciente a la asistencia del PAP (con recomendaciones sobre cómo tomar los medicamentos y cuánto tiempo y cuándo volver a remitir al paciente). El psiquiatra también proporciona una consulta «de pasillo» informal al PAP, una consulta breve con el paciente y con el PAP durante la visita del paciente a asistencia primaria y una planificación del tratamiento conductual para el paciente de difícil tratamiento. Se realiza una reevaluación de los pacientes vistos antes cuando hay un cambio, como un empeoramiento (la recidiva de los síntomas durante un aparente cumplimiento de un tratamiento previamente eficaz), aparecen nuevos síntomas psiquiátricos, surgen efectos adversos farmacológicos o tiene lugar un cambio en el estado médico o los medicamentos que afecte a los síntomas o los medicamentos psiquiátricos. Cuando un paciente no cumple los criterios para realizar un tratamiento dentro del mismo centro, el psiquiatra facilita su

remisión a los servicios externos adecuados (p. ej., centro de salud mental comunitario, psiquiatra privado, terapeuta).

Una premisa del modelo dirigido desde la asistencia primaria es que no todos los pacientes son adecuados para ser tratados por un PAP. El psiquiatra debe ayudar al PAP a reconocer qué pacientes son mejor atendidos por un especialista y ayudarle a realizar la remisión adecuada. Los pacientes que no son recomendables para un tratamiento por un PAP son los que tienen ideas suicidas (o factores de riesgo elevado), trastornos de la personalidad graves, trastornos primarios de adicción, trastornos en sí mismos inestables (p. ej., trastornos psicóticos, trastorno bipolar) o regímenes farmacológicos complicados que exigen una vigilancia estrecha.

Otros servicios de SC disponibles en la misma institución son la terapia de grupo o individual a corto plazo dirigida (con profesionales que dominen la técnica localizados dentro del área de asistencia primaria) y la atención colaborativa, un servicio que ayuda a despachar y coordinar la asistencia de los pacientes con problemas médicos, mentales o de adicción complicados que utilizan los servicios en múltiples contextos (por otro lado, de forma discontinua). Esto sirve de puente a las necesidades de comunicación cuando los pacientes acceden a servicios fuera del contexto de la asistencia primaria. Tras una evaluación diagnóstica y funcional completa, se firman las necesarias autorizaciones para permitir al gestor de la asistencia servir de aliado entre el PAP y todos los demás profesionales de salud. El gestor asistencial implica al paciente y a todos los profesionales en el desarrollo de un plan terapéutico exhaustivo dentro de una red de servicios y sigue al paciente de un lado a otro a lo largo de su plan. Como miembro del equipo de planificación del alta, el gestor asistencial se asegura de que el paciente vuelva a la red adecuada de servicios tras su asistencia en un hospital, un programa de desintoxicación u otro contexto residencial o institucional. La ausencia de fuentes de financiación sostenibles limitó mucho este programa útil (que ahora puede reinventarse para cumplir los nuevos mandatos de los hogares mentales y médicos).

## **Elección del modelo correcto**

La elección del modelo depende de varios factores relacionados con la práctica, como la población de pacientes, la aseguradora, el abanico de recursos comunitarios disponible y la localización, el tipo y el tamaño de la práctica. Los pacientes con mayor estado educativo o socioeconómico pueden sentirse menos estigmatizados y estar más capacitados y dispuestos para buscar y pagar servicios psiquiátricos externos.<sup>58</sup> Algunos pacientes se sienten más cómodos en consultas privadas que permiten la mayor confidencialidad posible. Los problemas de SC son menos aceptables o incluso vergonzosos en algunas culturas. Estas poblaciones de pacientes preferirán un sistema más integrado e «invisible» dentro del contexto de la asistencia primaria. El modelo de iguales demostrará con mayor claridad la relación entre el coste, por un lado, y las compensaciones y la eficacia, por el otro, de los modelos de colaboración dentro del mismo centro. El modelo dirigido por la asistencia primaria exige recursos comunitarios adecuados para remitir a los pacientes no considerados adecuados para un tratamiento por la asistencia primaria. Las áreas suburbanas o rurales que carecen de estos recursos se atienden mejor en modelos de asistencia en paralelo o compartidos. Los grupos pequeños o profesionales únicos pueden preferir modelos de consulta, bien con un consultor a tiempo parcial, pero con un horario regular, o mediante un acceso a un consultor externo cuando sea necesario. Las consultas grandes y especialmente



los centros universitarios se beneficiarán más del abanico amplio de servicios consultores y de colaboración de la misma institución que comprenden la educación formal, las sesiones clínicas, la consulta de pasillo y la gestión de la asistencia en colaboración. La promoción actual por la Affordable Care Act de la asistencia integrada empleará o potenciará probablemente algunas de estas mismas características, y proporcionará probablemente los fondos necesarios y sostenibles para su éxito continuado.

## Conclusión

Los PAP han mantenido (y continuarán haciéndolo) una posición importante de primera línea en la asistencia sanitaria total, la asistencia de la población y todos los niveles de prevención.<sup>59</sup> Impuestos por los cambios en el sistema de asistencia sanitaria, los modelos de colaboración sirven para incrementar el acceso y mejorar el tratamiento a los pacientes que no podrían o sería improbable que recibieran asistencia psiquiátrica fuera del contexto de la asistencia primaria. Varias consideraciones determinan el mejor modelo para cada contexto práctico. Tales factores son el tamaño, la población de pacientes, los recursos comunitarios disponibles, las aseguradoras y otros recursos financiadores. Para permanecer viables será necesario que los modelos de alta calidad y rentables se adapten y evolucionen con el sistema de asistencia sanitaria cambiante. Los psiquiatras y los PAP necesitarán ser flexibles e innovadores en su enfoque de la asistencia del paciente y ser diligentes en el registro de la relación entre el coste y las compensaciones para animar a los pagadores a reembolsar sus servicios.<sup>60,61</sup> Será necesario que la educación médica,<sup>62</sup> psiquiátrica y del paciente refleje estos cambios en los roles y expectativas de los profesionales.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## Bibliografía

1. McKegney FP. After a century of C-L psychiatry, whither goest C-L in the 21st? Abstract. *Psychosomatics*. 1995;36:202–203.
2. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
3. Leslie DL, Rosenheck R. Shifting to outpatient care? Mental health care use and cost under private insurance. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1250–1257.
4. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19:169–178.
5. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiological study. *JAMA*. 1990;264:2524–2528.

6. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*. 1992;267:1478–1483.
7. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262:914–919.
8. Katon WJ, Roy-Byrne P, Russo J, et al. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:1098–1104.
9. Katon WJ, Russo JE, Von Korff M, et al. Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care*. 2008;31:1155–1159.
10. Simon GE, Khandker RK, Ichikawa L, et al. Recovery from depression predicts lower health service costs. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1226–1231.
11. Pincus HA. Assessing the effects of physician payment on treatment of mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1990;12:23–29.
12. Frank RG, Huskamp HA, McGuire TG, et al. Some economics of mental health “carve-outs.”. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:933–937.
13. Morgan L. Health homes vs. medical homes: big similarities and important differences. OPEN MINDS Management Newsletter, <<http://www.openminds.com/market-intelligence/premium/2012/040112/040112f.htm?>>; April, 2012 [Accessed on 8/9/2013].
14. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health and cost. *Health Aff*. 2008;27:759–769.
15. Neuman P, Lyons B, Rentas J, et al. Dx for a careful approach to moving dual-eligible beneficiaries into managed care plans. *Health Aff*. 2012;31:1186–1194.
16. Katon W, Unützer J. Consultation psychiatry in the medical home and accountable care organizations: achieving the triple aim. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33:305–310.
17. Katon WJ, Lin EHB, Von Korff M, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illness. *N Engl J Med*. 2010;363:2611–2620.
18. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al. The de facto US mental health and addictive disorders service system. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:85–94.
19. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al. Utilization of health and mental health services. Three Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:971–978.

20. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, et al. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1100–1106.
21. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8–19.
22. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095–3105.
23. Ormel J, Koeter WJ, van den Brink W, et al. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:700–706.
24. Zung WWK, Magill M, Moore JT, et al. Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psychiatry*. 1983;44:3–6.
25. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17:3–12.
26. Roy-Byrne PP, Katon W, Cowley DS, et al. Panic disorder in primary care: biopsychosocial differences between recognized and unrecognized patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22:405–411.
27. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1996;153:636–644.
28. Shapiro S, German PS, Skinner EA, et al. An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care. *Med Care*. 1987;25:327–339.
29. Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care: closing the gap between knowledge and practice. *N Engl J Med*. 1992;326:1080–1084.
30. Schwab JJ. Psychiatric illness in medical patients: why it goes undiagnosed. *Psychosomatics*. 1982;23:225–229.
31. Weissberg M. The meagerness of physicians' training in emergency psychiatric intervention. *Acad Med*. 1990;65:747–750.
32. Ness DE, Ende J. Denial in the medical interview: recognition and management. *JAMA*. 1994;272:1777–1781.
33. Karlsson H, Lehtinen Vjoukamaa M. Psychiatric morbidity among frequent attender patients in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17:19–25.
34. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 1985;29:563–569.

35. Wells KB, Hays RD, Burnam MA, et al. Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid or fee-for-service care. *JAMA*. 1989;262:3298–3302.
36. Gill JM, Dansky BS. Use of an electronic medical record to facilitate screening for depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5:125–128.
37. Hamel MB, Epstein AM. Prior-authorization programs for controlling drug spending. *N Engl J Med*. 2004;351:2156–2158.
38. Katon W, Von Korff M, Lin E. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Med Care*. 1992;30:67–76.
39. Olfson M, Marcus SC, Druss B, et al. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA*. 2002;287:203–209.
40. Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC, et al. Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry and other specialties. *JAMA*. 1998;279:526–531.
41. Wells KB, Katon W, Rogers B, et al. Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the Medical Outcomes Study. *Am J Psychiatry*. 1994;151:694–700.
42. Druss BG, Rohrbaugh RM, Levinson CM, et al. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:861–868.
43. Robinson P. Integrated treatment of depression in primary care. *Strategic Med*. 1997;1:22–29.
44. Katon W, Von Korff M, Lin E et al. *Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care*. *JAMA*. 1995;273:1026–1031.
45. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1465–1475.
46. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, et al. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA*. 2003;289:3135–3144.
47. Smith GR, Rost K, Kashner M. A trial of the effect of standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:238–243.
48. Sturm R, Wells KB. How can care for depression become more cost-effective? *JAMA*. 1995;273:51–58.

49. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1313–1320.
50. Kates N, Craven MA, Crustolo A, et al. Sharing care: the psychiatrist in the family physician's office. *Can J Psychiatry*. 1997;42:960–965.
51. Nickels MW, McIntyre JS. A model for psychiatric services in primary care settings. *Psychiatr Serv*. 1996;47:522–526.
52. Oxman T, Dietrich AJ, Williams JW, et al. A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care. *Psychosomatics*. 2002;43:441–450.
53. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann*. 2002;32:509–616.
54. Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting, a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:2836–2845.
55. Pirl WF, Beck BJ, Safren SA, et al. A descriptive study of psychiatric consultations in a community primary care center. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3:190–194.
56. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1109–1115.
57. Simon GE. Can depression be managed appropriately in primary care? *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl. 2):3–8.
58. Simon GE, Von Korff M, Durham ML. Predictors of outpatient mental health utilization by primary care patients in a health maintenance organization. *Am J Psychiatry*. 1994;151:908–913.
59. Druss BG, Mays RA, Edwards VJ, et al. Primary care, public health, and mental health. *Prev Chronic Dis* 7A04, 2010. <[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09\\_0131.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0131.htm)>; [Accessed on 8/9/2013].
60. Smith GR, Hamilton GE. The importance of outcomes research for the financing of care. *Harv Rev Psychiatry*. 1995;2:288–289.
61. Pincus HA, Zarin DA, West JC. Peering into the “black box”: measuring outcomes of managed care. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:870–877.
62. Cole SA, Sullivan M, Kathol R, et al. A model curriculum for mental disorders and behavioral problems in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17:13–18.

(Stern, 20171024, pp. 644-651.e2)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.

SNC PHARMA