

Osakidea

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-13-13

MODELOS E INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN: RESULTADOS DE UNA META-REVISIÓN

Proyecto de Investigación Comisionada

Agosto 2013

INFORME DE EVALUACIÓN

D-13-13

**MODELOS E INTERVENCIONES DE
COLABORACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA
Y SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN A LOS
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN:
RESULTADOS DE UNA META-REVISIÓN**

Proyecto de Investigación Comisionada

Agosto 2013

Calderón Gómez, Carlos
Mosquera Metcalfe, Isabel
Balagué Gea, Laura
Retolaza Balsategui, Ander
Bacigalupe de la Hera, Amaia
Belaunzaran Mendizabal, Jon
Iruin Sanz, Álvaro
García Moratalla, Beatriz

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2013

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Financiación:

Beca de Investigación Comisionada 2010. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Nº Expediente 2010COM112007. Beca BIOEF 2009. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Nº Expediente BIO09/EM/014.

Este documento debe ser citado como:

Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, Iruin A, García B. *Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión*. Investigación Comisionada. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013. Informe Osteba D-13-13.

Este documento completo está disponible en:

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_13_13_modAPSM_depre.pdf

Autor para correspondencia:

CARLOSJESUS.CALDERONGOMEZ@osakidetza.net. (Calderón Gómez, Carlos)

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Edición:	1.ª Octubre 2013
Tirada	90 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud
Internet:	www.osakidetza.euskadi.net/osteba
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición:	Composiciones RALI, S.A. Costa, 12-14 - 48010 Bilbao
Impresión y encuadernación:	ONA Industria Gráfica, S.A. Poígono Agustinos, c/ F - 31013 Pamplona
ISBN:	978-84-457-3312-7
D.L:	VI 766-2013

Equipo de investigación

Investigador principal

Carlos Calderón Gómez. Centro de Salud de Alza. Unidad de Investigación de Atención Primaria-OSIs Gipuzkoa. Osakidetza.

Miembros del equipo de investigación

Isabel Mosquera Metcalfe. Unidad de Investigación de Atención Primaria-OSIs Gipuzkoa. Osakidetza.

Laura Balagué Gea. Centro de Salud de Iztietza. Unidad de Investigación de Atención Primaria-OSIs Gipuzkoa. Osakidetza.

Ander Retolaza Balsategui. Centro de Salud Mental de Basauri. Red de Salud Mental. Bizkaia. Osakidetza.

Jon Belaunzarán Mendizabal. Centro de Salud Mental de Zarautz. Red de Salud Mental. Gipuzkoa. Osakidetza.

Álvaro Iruin Sanz. Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza.

Leandro Huidobro Fernández. Centro de Salud Mental de Sestao. Red de Salud Mental. Bizkaia. Osakidetza.

Revisores externos

D. Alberto Fernández-Liria. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Madrid.

D. Pablo Alonso-Coello. Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

D. Gerard Urrutia. Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este informe.

Coordinación y gestión administrativa del Proyecto en Osteba

M^a Asun Gutiérrez Iglesias, Ana Belén Arcellares Diez. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

ÍNDICE

ACRÓNIMOS.....	9
RESÚMENES ESTRUCTURADOS	11
1. INTRODUCCIÓN.....	25
2. OBJETIVOS.....	29
3. METODOLOGÍA	33
3.1. Primera fase: Estrategia de búsqueda y revisión general	35
3.2. Segunda fase: Proceso de meta-revisión de los estudios secundarios	35
4. RESULTADOS	37
4.1. Primera fase: Revisión general	39
4.2. Segunda fase: Meta-Revisión de los estudios secundarios	40
4.2.1. Características de los estudios	40
4.2.2. Contextos, poblaciones y trastornos depresivos	41
4.2.3. Calidad metodológica de los estudios	41
4.2.4. Clasificaciones de modelos e intervenciones	43
4.2.5. Análisis de modelos e intervenciones	46
4.2.5.1. Modelos	46
4.2.5.1.1. Atención escalonada	46
4.2.5.1.2. Consulta-enlace.....	46
4.2.5.1.3. Gestión de enfermedades y gestión de casos.....	47
4.2.5.1.4. Programas de mejora de calidad (QIC) y Breakthrough Series (BTS)	47
4.2.5.1.5. Chronic Care Model (CCM).....	48
4.2.5.1.6. Modelos de atención colaborativa	49
4.2.5.2. Intervenciones	50
4.2.5.2.1. Formación de los profesionales de AP.....	50
4.2.5.2.2. Difusión de Guías de Práctica Clínica (GPC)	50
4.2.5.2.3. Actividades de cribado	51
4.2.5.2.4. Sistemas de información	51
4.2.5.2.5. Atención telefónica	51

4.2.5.2.6. Telepsiquiatría	51
4.2.5.2.7. Incorporación de nuevos profesionales o nuevos roles	52
4.2.6. Síntesis aproximativa de evidencias.....	52
5. DISCUSIÓN	55
5.1. ¿Modelo, modelos, o estrategias de colaboración?.....	57
5.2. Limitaciones y retos metodológicos.....	59
6. CONCLUSIONES.....	61
7. RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS	83
Anexo I. Descriptores utilizados en las diferentes bases bibliográficas.....	85
Anexo II. Tabla de estudios secundarios.....	87
Anexo III. AMSTAR	123

ACRÓNIMOS

AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
AMSTAR	Assessment of Multiple Systematic Reviews
AP	Atención primaria
ATAPS	Access to Allied Psychological Services
Better Access	Better Access to Psychiatrists, Psychologists and GPs
BTS	Breakthrough Series
CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CCM	«Chronic care model», modelo de atención a la cronicidad
CDMM	«Chronic disease management model»
CPA	Care Programme Approach
DIAMOND	Depression Improvement Across Minnesota, Offering a New Direction
ECA	Ensayo(s) clínico(s) aleatorio(s)
EPOC	Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group
GC	Gestión de casos
GE	Gestión de enfermedades
GPC	Guía(s) de práctica clínica
HMO	Health Maintenance Organization
HQID	Hopkins Quality Improvement for Depression
IMPACT	Improving Mood Promoting Access to Collaborative Care Treatment
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IPA	Independent Practice Association
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
MBHO	Managed Behavioral Health Organization
MCDPC	Massachusetts Consortium on Depression in Primary Care
MCO	Managed Care Organization
MDOCC	Michigan Depression Outreach and Collaborative Care
MHAP	Mental Health Awareness Project
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OTC	«Over the counter», de venta libre.
PEARLS	Program to Encourage Active and Rewarding Lives for Seniors
PIC	Partners In Care

PRISM-E	Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for the Elderly
PROSPECT	Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial
QI	«Quality improvement», mejora de calidad
QIC	Quality Improvement Collaboratives
QID	Quality Improvement for Depression
QuEST	Quality Enhancement by Strategic Teaming
RESPECT-(D)	Re-Engineering Systems for Primary Care Treatment of Depression
SM	Salud mental
STAR*D	Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression
TCC	Terapia cognitivo conductual
TIC	Tecnologías de información y comunicación
VA	Veterans Affairs
TIDES	Translating Interventions for Depression into Effective Solutions
WAVES	Well-Being Among Veterans Enhancement Study

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: MODELOS E INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN: RESULTADOS DE UNA META-REVISIÓN

Autores: Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe de la Hera, A, Belaunzaran J, Iruin A, García B.

Tecnología: metodológico

Palabras Claves: Depresión, Modelos Colaborativos, Atención Primaria, Salud Mental, Revisión Sistemática

Fecha: Agosto 2013

Páginas: 124

Referencias: 197

Lenguaje: castellano, resumen en castellano, euskera e inglés

ISBN: 978-84-457-3312-7

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de salud mental, y en particular la depresión, constituyen un importante problema de salud cuya prevalencia creciente se refleja en las consultas ambulatorias tanto de Atención Primaria (AP) como de Salud Mental (SM). Las carencias en la relación entre los profesionales de estos dos ámbitos tienen especial importancia por su repercusión en la calidad de la atención.

Tanto a nivel nacional como internacional se ha reconocido la necesidad de promover enfoques asistenciales compartidos, constatándose en los últimos años un auge en la publicación de experiencias «colaborativas» en la atención a la depresión y de propuestas a favor de su diseminación. Sin embargo, dichas experiencias conllevan una pluralidad de modelos e intervenciones, insuficientemente identificados y evaluados, y de los que se conoce poco en nuestros servicios de salud sobre cuáles son los aspectos esenciales o determinantes que intervienen en su funcionamiento.

OBJETIVOS

Revisar la información disponible en la literatura científica sobre las principales características y la efectividad de los distintos modelos e intervenciones de colaboración entre AP y SM en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión, con el fin de identificar posibles medidas de mejora aplicables en nuestro medio.

METODOLOGÍA

Meta-revisión de los estudios secundarios publicados entre 2001 y 2010 sobre efectividad de la colaboración AP-SM para la mejora de la atención a la depresión.

En una primera fase se procedió a la búsqueda de los estudios publicados en las bases bibliográficas MEDLINE, PsycINFO, Embase, IME, LILACS, IBECs y The Cochrane Library, en inglés, español o portugués, sobre modelos de coordinación, interrelación, integración o colaboración entre niveles asistenciales en la atención a personas diagnosticadas de depresión. Se excluyeron los estudios referidos a aspectos específicos del proceso de diagnóstico o tratamiento. Mediante sucesivos cribados se eliminaron los artículos duplicados o que no se correspondían con el objeto de la revisión y se incorporaron los estudios localizados mediante búsqueda manual.

En una segunda fase, se procedió al análisis de los resultados y a la evaluación de la calidad de los estudios secundarios disponibles a texto completo. En los artículos correspondientes a revisiones se utilizó la herramienta AMSTAR. Finalmente se realizó una síntesis aproximativa de la evidencia relativa a los distintos modelos de colaboración e intervenciones, para lo cual se elaboraron sendas tablas resumen conforme a cuatro grados de calidad de las evidencias de mejora. Este proceso lo llevaron a cabo de forma independiente tres de los investigadores, consensuando las discrepancias y discutiéndose los resultados finales con el conjunto del equipo de investigación.

Análisis económico: SI

NO

Opinión de Expertos: SI

NO

RESULTADOS

Se identifican y evalúan 69 estudios secundarios. La mayoría proceden de Estados Unidos y en menor medida de Reino Unido, Australia, Canadá y otros países. Se analizan tres esquemas clasificatorios, seis modelos principales: atención escalonada, consulta-enlace, gestión de enfermedades y gestión de casos, programas de mejora de calidad, «chronic care model» (CCM) y «modelos de atención colaborativa», y siete intervenciones: formación de los profesionales de AP, actividades de cribado, difusión de Guías de Práctica Clínica (GPC), sistemas de información, atención telefónica, telepsiquiatría e incorporación de nuevos profesionales o nuevos roles. Los solapamientos entre modelos son frecuentes, sin correspondencia lineal entre intervenciones y modelos.

La variabilidad según los contextos y las carencias metodológicas en gran número de los estudios son importantes. Se advierte heterogeneidad y falta de información sobre los tipos de depresión y las poblaciones objeto de intervenciones. La calidad de las evidencias sobre la efectividad de los diferentes modelos e intervenciones resulta predominantemente baja o dudosa.

Las experiencias de colaboración más efectivas son aquellas que integran intervenciones orientadas a favorecer la responsabilidad de los distintos profesionales en el tratamiento y seguimiento del paciente, el rediseño y apoyo mantenido en la gestión, y la información y comunicación compartidas. Los efectos de la formación de los profesionales de AP, la diseminación de GPC y la incorporación de nuevos profesionales son más favorables cuando forman parte de dichos modelos o estrategias integradoras.

El modelo tradicional de revisión sistemática como herramienta de evaluación presenta limitaciones ante la naturaleza compleja de las estrategias e intervenciones de colaboración AP-SM en la atención a la depresión.

CONCLUSIONES

La calidad de las evidencias publicadas sobre la efectividad de los modelos e intervenciones de colaboración es en general baja o dudosa, y su significado y aplicabilidad son menores cuanto menos precisa es la definición de los componentes, procesos y circunstancias de implementación. Ante la carencia de modelos extrapolables deberían promoverse estrategias de colaboración AP-SM evaluables y adecuadas a cada contexto.

Dichas estrategias de colaboración requieren de diseños de mejora y evaluación que tengan en cuenta la integración de intervenciones y funciones de efectividad probada, su condición de procesos a largo plazo y las particularidades de la depresión como problema de salud.

Los enfoques y herramientas tradicionales de revisión y evaluación de las estrategias de colaboración AP-SM en la atención a la depresión deben readecuarse a su naturaleza de intervenciones complejas.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: LEHEN MAILAKO ARRETAREN ETA OSASUN MENTALAREN ARTEKO LANKIDETZAKO EREDUAK ETA ESKU-HARTZEAK DEPRESIOA DIAGNOSTIKATU ZAIEN PAZIENTEEN ARRETAN: META-IKUSPEGI BATEN EMAITZAK

Egileak: Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe de la Hera, A, Belaunzaran J, Iruin A, García B.

Teknologia: metodologikoa

Gako-hitzak: Depresioa, Lankidetzazko-ereduak, Lehen Mailako Arreta, Osasun Mentala, Azterketa Sistematikoa

Data: 2013ko abuztua

Orrialde-kopurua: 124

Erreferentziak: 197

Hizkuntza: gaztelania, laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez

ISBN: 978-84-457-3312-7

SARRERA

Osasun mentaleko nahasmenduak, eta depresioa bereziki, osasun-arloko arazo larria dira, eta horien prebalentzia gero eta handiagoa dela ikusten da Lehen Mailako arretako (LM) zein Osasun Mentaleko (OM) kontsulta anbulatorioetan. Bi esparru horietako langileen arteko harremanetan dauden urritasunek garrantzi berezia dute arretaren kalitatean eragiten dutelako.

Partekatutako asistentzia-ikuspegiak sustatzeko beharra dagoela onartu da nazioan zein nazioartean, eta, azken urteotan, depresioaren arretaren arloan gauzatutako «lankidetzazko» esperientzia gehiago argitaratu dira, bai eta horiek zabaltzeko proposamen gehiago ere. Alabaina, esperientzia horietan eredu eta esku-hartze ugari gauzatu dira, eta horiek ez daude behar bezala identifikatuta eta ebaluatu-ta; gainera, gure osasun-zerbitzuetan gutxi dakigu horien funtzionamenduan esku hartzen duten funtsezko alderdien edo alderdi erabakigarrien inguruan.

HELBURUAK

Aztertzea literatura zientifikoan zer informazio dagoen depresioa diagnostikatu zaien pazienteen arretaren esparruko LMren eta OMren arteko lankidetzazko ereduak eta esku-hartzeen ezaugarri nagusien eta eraginkortasunaren inguruan, gure ingurunean aplikatu daitezkeen hobekuntza-neurri posibleak identifikatzeko.

METODOLOGIA

Depresioaren arreta hobetzeko LM-OM arteko lankidetzaren eraginkortasunari buruz 2001 eta 2010 artean argitaratutako bigarren mailako ikerlanen meta-azterketa.

Lehenengo fasean, MEDLINE, PsycINFO, Embase, IME, LILACS, IBECs eta The Cochrane Library bibliografiako datutegietan ingelesez, gaztelaniaz edo portugesez argitaratutako ikerlanak bilatu genituen, depresioa diagnostikatu zain pertsonen arretako asistentzia-mailen arteko koordinazioko, erlazioko, integrazioko edo lankidetzako ereduak buruzkoak. Alde batera utzi genituen diagnostiko- edo tratamendu-prozesuaren alderdi espezifikoak buruzko ikerlanak. Baheketa jarraituen bidez, errepikatutako artikulak eta aztertzen ari ginen xedearekin lotuta ez zeudenak kanporatu genituen, eta eskuzko bilaketaren bidez aurkitutako ikerlanak sartu.

Bigarren fasean, emaitzak aztertu eta testu osoa erabilgarri zuten bigarren mailako ikerlanen kalitatea ebaluatu genuen. Berrikuspenei zegozkien artikuluetan AMSTAR tresna erabili genuen. Azkenik, lankidetzako eredu eta esku-hartze guztiei buruzko ebidentziaren gutxi beherako laburpena egin genuen; horretarako, laburpen-taula bana egin genuen hobekuntza-ebidentzien lau kalitate-mailen arabera. Prozesu hori hiru ikertzailek gauzatu zuten modu independentean, eta ikerketa-talde osoarekin adostu zituzten desadostasunak eta eztabaidatu zituzten amaierako emaitzak.

Analisi ekonomikoa: BAI

EZ

Adituen iritzia: BAI

EZ

EMAITZAK

Bigarren mailako 69 ikerlan identifikatu eta ebaluatu ditugu. Gehienak Estatu Batuetakoak dira, eta gutxiago Erresuma Batukoak, Australiakoak, Kanadakoak eta beste herrialde batzuetakoak. 3 sailkapen-eskema aztertu ditugu, 6 eredu nagusi: arreta mailakatu, lotura-konsulta, gaixotasunen kudeaketa eta kasuen kudeaketa, kalitatea hobetzeko programak, «chronic care model» (CCM) eta «lankidetzako arretako ereduak»; eta 7 esku-hartze: LMko langileen prestakuntza, bahetze-jarduerak, Praktika Klinikoko Gidak (PKG) zabaltzea, informazio-sistemak, telefono bidezko arreta, telepsikiatria eta langile berriak edo rol berriak sartzeari. Askotan ereduak gainjarri egiten dira, eta ez da elkarrekikotasun linealik egoten esku-hartzeen eta ereduaren artean.

Ikerlan askotan, testuinguruaren araberrako aldakortasun eta urritasun metodologiko nabarmenak daude. Depresio-moten eta esku-hartzeen xede diren populazioen inguruko heterogeneotasuna eta informazio-falta nabarmentzen da. Ereduen eta esku-hartzeen eraginkortasunari buruzko ebidentzien kalitatea urria edo zalantzazkoa da gehienetan.

Langile guztiek pazientearen tratamenduan eta jarraipenean erantzukizuna hartzera, kudeaketa berriz diseinatuz eta kudeaketan laguntza mantentzera eta informazioa eta komunikazioa partekatuz bideratutako esku-hartzeak biltzen dituztenak dira lankidetzako esperientzia eraginkorrenak. LMko langileen prestakuntzak, PKGak hedatzeak eta langile berriak sartzeari ondorio hobekak dituzte aipatutako eredu edo estrategia integratzaile horien baitan gauzatzen direnean.

Ebaluazio-tresna gisa azterketa sistematikoko eredu tradizionala erabiltzeak zenbait muga dakartza, depresioaren arretaren esparruko LM-OM lankidetzako estrategiek eta esku-hartzeek izaera konplexua baitute.

ONDORIOAK

Lankidetzako ereduaren eta esku-hartzearen eraginkortasunaren inguruan argitaratutako ebidentzien kalitatea baxua edo zalantzazkoa da oro har, eta horien esangarritasuna eta aplikagarritasuna txikiagoak dira horien osagarrien, prozesuaren eta ezarpen-egoeren definizioak zehaztasun urriagoa duen heinean. Ez dagoenez eredu estrapolagarriak, LM-OM lankidetzako estrategia ebaluagarriak eta testuinguru bakoitzera egokitutakoak sustatu beharko lirateke.

Lankidetzaz-estrategia horiek hobekuntza- eta ebaluazio-diseinuak eskatzen dituzte, eraginkortasun frogatuko esku-hartzeak eta funtzioak barne hartuko dituztenak, epe luzeko prozesu izango direnak, eta depresioak osasun-arazo gisa dituen berezitasunak kontuan hartuko dituztenak.

Depresioaren arretako LM-OM lankidetzako estrategiak aztertzeke eta ebaluatzeko ikuspegi eta tresna tradizionalak esku-hartzeen konplexutasunera berregokitu behar dira.

STRUCTURED SUMMARY

Title: MODELS OF COLLABORATION AND INTERVENTION BETWEEN PRIMARY CARE AND MENTAL HEALTH IN THE CARE OF PATIENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION: RESULTS OF A META-REVIEW.

Authors: Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe de la Hera, A, Belaunzarán J, Iruin A, García B.

Technology: methodological

Keywords: Depression, Collaborative Models, Primary care, Mental health, Systematic review

Date: August 2013

Pages: 124

References: 197

Language: Spanish, abstracts in Spanish, Basque and English

ISBN: 978-84-457-3312-7

INTRODUCTION

Mental health disorders and particularly depression represent a major health problem, the increasing prevalence of which can be seen in the ambulatory clinics both of Primary Care (PC) and Mental Health (MH). The lack of cooperation between the professionals of these two areas is especially important due to its repercussion on the quality of care.

Both at national and international level, the need to promote shared care approaches is widely recognised. In recent years there has been an increase in the publication of «collaborative» experiments in treating depression and proposals in favour of their dissemination. However, these experiments involve a large number of insufficiently identified and evaluated models and interventions. Little is known in our health services about the essential determining aspects that affect their operation.

OBJETIVES

To review the information available in the scientific literature concerning the main characteristics and efficiency of the different collaborative models and interventions between PC and MH in the care of patients diagnosed with depression in order to identify possible measures to improve care, applicable to our environment.

METHODOLOGY

Meta-review of secondary studies published between 2001 and 2010 on the effectiveness of the PC-MH collaboration to improve the care of depression.

During the first stage, a search was made of studies published in the bibliographical databases: MEDLINE, PsycINFO, Embase, IME, LILACS, IBECs and The Cochrane Library. Searches were made in English,

Spanish and Portuguese on the models of coordination, interrelationship, integration or collaboration between levels of care in the attention given to persons diagnosed with depression. Studies referring to specific aspects of the diagnostic or treatment process were excluded. Through successive screenings, duplicated articles or those that did not correspond to the aim of the review were eliminated and those found by means of manual searches were included.

During the second stage, the results were analysed and the quality of the secondary studies available in complete texts was assessed. The AMSTAR tool was used in articles corresponding to reviews. Finally, an initial synthesis was made of the evidence relating to the different models of collaboration and interventions for which both summary tables were drawn up in accordance with 4 levels of quality of the evidence of improvement. This process was carried out independently by three of the researchers, a consensus was reached on any discrepancies and the final results were discussed with the remaining members of the research team.

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion: YES

NO

RESULTS

Sixty-nine secondary studies were identified and assessed. Most came from the United States and to a lesser extent from the United Kingdom, Australia, Canada and other countries. Three classificatory schemes were analysed, with 6 main models: stepped care, consultation-liaison, disease management and case management, quality improvement programmes, chronic care model (CCM) and collaborative care models, and 7 interventions: training of PC professionals, screening activities, dissemination of clinical practice guidelines (CPGs), information systems, telephone care, tele-psychiatry and the incorporation of new professionals or new roles. Overlapping between models is very frequent without any linear correspondence between interventions and models.

There is a great deal of variability according to contexts and there are major methodological shortcomings in a large number of studies. Heterogeneity and a lack of information about types of depression and the target populations for interventions were observed. The quality of the evidence concerning the effectiveness of different models and interventions is mainly low or doubtful.

The most effective collaboration experiments are those that include interventions designed to favour the responsibility of the different professionals in the treatment and monitoring of the patient, the redesign and support maintained in management, and shared information and communications. The effects of the training of PC professionals, the dissemination of CPGs and the incorporation of new professionals are more favourable when they form part of the aforementioned models or integrating strategies.

The traditional systematic review model as an evaluation tool has a number of limitations as a result of the complex nature of the PC-MH collaboration strategies and interventions in the care of depression.

CONCLUSIONS

The quality of the evidence published on the effectiveness of collaboration models and interventions is generally low or doubtful and the less well-defined the components, processes and the circumstances of the implementation are, the lower their significance and applicability. Faced with the lack of applicable models, assessable PC-MH collaboration strategies appropriate for each context should be promoted.

Such collaboration strategies require improvement and evaluation designs that take into account the integration of interventions and functions of proven effectiveness, the fact that they are long-term process and the particular nature of depression as a health problem.

The traditional approaches and tools used to review and evaluate PC-MH collaboration strategies for the care of depression must be adapted to the fact that it is a condition that requires complex interventions.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de salud mental, y en particular la depresión, constituyen un importante problema de salud en la población (1-3). Aún teniendo en cuenta la gran variabilidad en su cuantificación (4), la elevada presencia de los trastornos depresivos se refleja asimismo en las consultas ambulatorias tanto de AP como de SM.

En el ámbito español, las tasas de prevalencia/año publicadas para la depresión mayor en adultos se sitúan alrededor del 3,9% en población general (5) y entre 8,4 y 29,0% en pacientes atendidos en AP (6-8). El incremento progresivo en el consumo de medicación antidepresiva (9; 10) podría considerarse un indicador indirecto de una creciente demanda, sin que ello signifique que la asistencia a las personas con depresión sea la adecuada. Se sabe que un porcentaje relevante de los pacientes resultan incorrectamente diagnosticados (11), otros abandonan el tratamiento prematuramente (12), y las pautas terapéuticas no siempre son las adecuadas (13).

Entre los problemas detectados en la asistencia a las personas diagnosticadas de depresión, las carencias existentes en la interrelación entre los profesionales de AP y SM configuran un campo de especial importancia en cuanto a sus repercusiones en la calidad de la atención (14; 15), sobre todo si tenemos en cuenta su carácter crónico o al menos muy prolongado en el tiempo, remarcado por diferentes autores (16, 17).

Dichas insuficiencias en la interrelación de niveles asistenciales favorecen una excesiva variabilidad clínica con vacíos e intervenciones cuestionables (13), y a su vez son expresión de dinámicas organizativas inadecuadas (18) que constituyen un reto de gran trascendencia en las actuales circunstancias de crisis de financiación de los servicios públicos de salud. Los estudios llevados a cabo en nuestro medio confirman las deficiencias en dichos vínculos (19-21), así como la necesidad de promover enfoques asistenciales y modelos de colaboración compartidos y centrados en el paciente (22, 23).

También a nivel internacional se ha subrayado repetidamente la importancia de un abordaje integrado para este grupo de trastornos en el que profesionales de AP, SM y agentes comunitarios trabajen de manera coordinada y complementaria (3, 24, 25), constatándose en los últimos años un auge en la publicación de experiencias «colaborativas» en la atención a la depresión y propuestas a favor de su disseminación (26, 27).

Sin embargo, dichas experiencias conllevan una pluralidad de modelos e intervenciones (28-31) de los que se conoce poco en nuestro medio sobre cuáles son los aspectos esenciales o determinantes que intervienen en su funcionamiento. En consecuencia se consideró pertinente llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura para conocer sus características y efectividad, e identificar posibles medidas de mejora aplicables en nuestros servicios de salud.

2. OBJETIVOS

Revisar la información disponible en la literatura científica sobre las principales características y la efectividad de los distintos modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión, con el fin de identificar medidas de mejora aplicables en nuestro medio.

3. METODOLOGÍA

El diseño de la revisión se fundamentó desde el inicio en su finalidad pragmática, orientada al contraste y posible implementación ulterior de la evidencia de los hallazgos en nuestros servicios de salud. En este sentido, se tuvieron en cuenta tanto los requisitos metodológicos característicos de las revisiones sistemáticas (definición del objeto de revisión y de los criterios de inclusión y exclusión, explicitud de los pasos dados, búsqueda y evaluación crítica de la evidencia publicada, y síntesis de los hallazgos) (32, 33) como la búsqueda de evidencia contextual vinculada a aquellos factores que condicionan si una estrategia es útil, factible y aceptada por el entorno (34).

En una *primera fase* de revisión general se incluyeron todos los estudios publicados entre 2001 y 2010 (a diciembre de 2011), en inglés, español o portugués, sobre modelos de coordinación, interrelación, integración o colaboración entre niveles asistenciales en la atención a personas diagnosticadas de depresión. Se excluyeron los estudios referidos a aspectos específicos del proceso de diagnóstico o tratamiento de este tipo de pacientes.

En una *segunda fase*, se llevó a cabo una meta-revisión más exhaustiva sobre los estudios secundarios encontrados, entendiendo como tales aquellos trabajos que reúnen, analizan y revisan estudios primarios previamente publicados, y se sitúan en los escalones intermedios en la pirámide de las 6S de búsqueda de evidencia (35, 36).

El desarrollo de las dos fases de la revisión no fue lineal. Las particularidades del objeto de revisión determinaron una dinámica iterativa de búsqueda y consulta de trabajos publicados más allá de los estudios secundarios finalmente seleccionados. La complejidad y pluralidad de agentes y factores organizativos que intervienen en la mejora de su atención conllevó la identificación y consulta de otras fuentes de información complementaria necesarias para su mejor comprensión (estudios primarios cuantitativos y cualitativos, editoriales, publicaciones institucionales), y el referente de metodologías de revisión de orientación más explicativa e integradora (37-39).

3.1. PRIMERA FASE: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y REVISIÓN GENERAL

La búsqueda se llevó a cabo en las bases bibliográficas MEDLINE, PsycINFO, Embase, IME, LILACS, IBECs y The Cochrane Library, para el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2010.

Como descriptores se emplearon los términos «depresión», «atención primaria», «psiquiatría», «colaboración/coordinación», «co-localización» e «integración», readecuados a los requisitos e idiomas de las bases consultadas (Anexo I). Se procedió a la combinación del término depresión con el resto de los términos seleccionados y se extrajeron el total de referencias encontradas en su conjunto y en cada una de las bases. A partir de la lectura de los títulos y sumarios, se eliminaron los artículos duplicados y aquellos que no se correspondían con el objeto de la revisión. Posteriormente, en un segundo cribado, se incorporaron los estudios encontrados mediante búsqueda manual. Finalmente se seleccionaron los artículos correspondientes a estudios secundarios para su revisión y análisis pormenorizados.

3.2. SEGUNDA FASE: PROCESO DE META-REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS SECUNDARIOS

Tras una primera lectura-resumen de los artículos de estudios secundarios encontrados, se revisaron sus bibliografías para evitar la pérdida de posibles referencias importantes, y se ordenaron según fecha de publicación. En las 69 referencias en las que se pudo contar con el texto completo de los artículos, se describieron los objetos de estudio, los contextos de realización, las poblaciones y tipos de depresión comprendidos en los estudios primarios, los modelos y características de las revisiones, y los resultados y hallazgos considerados de especial interés en relación con el objeto de la presente revisión (Anexo II).

A continuación se procedió a evaluar la calidad metodológica de los estudios (40; 41). Para ello, en los 57 artículos correspondientes a revisiones se aplicó la herramienta AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews) (42-44), conscientes del limitado desarrollo de los instrumentos de evaluación en este campo y de su orientación inicialmente dirigida a las revisiones sistemáticas. Dicha herramienta recorre las diferentes dimensiones a tener en cuenta en el proceso de evaluación a través de 11 ítems y un máximo de 11 puntos (Anexo III). En su clasificación se emplearon las categorías de calidad utilizadas por la Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (baja: 0 a 3 puntos, media: 4 a 7, y alta: 8 a 11) (45).

Asimismo, se identificaron y agruparon las principales limitaciones metodológicas señaladas por los propios autores en los estudios incluidos y sus repercusiones en la aplicabilidad de los resultados.

Tras la descripción y análisis pormenorizados de los distintos modelos de colaboración e intervenciones, y ante la dificultad de aplicación de escalas de gradación originalmente diseñadas para la evaluación de estudios primarios (41), se llevó a cabo una síntesis aproximativa de las evidencias encontradas conforme a cuatro grados de calidad de las evidencias de mejora: elevada, baja, dudosa, y no mejora. En el proceso de asignación de los diferentes grados de evidencia se tuvieron en cuenta:

- 1) Los propios resultados de los estudios secundarios diferenciando la «no evidencia de efecto» de la «evidencia de no efecto» (46, 47) y la duración en su efectividad,
- 2) las características, evolución y contextos de los modelos e intervenciones analizados,
- 3) la calidad metodológica de las revisiones según la herramienta AMSTAR, y
- 4) las particularidades y limitaciones metodológicas identificadas por los autores en la evaluación de los estudios primarios.

Dicho proceso se llevó a cabo de forma independiente por tres de los investigadores, se consensuaron las posibles discrepancias encontradas y finalmente se discutieron los resultados con el conjunto del equipo de investigación.

4. RESULTADOS

4.1. PRIMERA FASE: REVISIÓN GENERAL

Mediante la combinación de los descriptores utilizados se obtuvieron un total de 8 673 referencias de las cuales el 87 % fueron extraídas de PsycINFO, Embase y MEDLINE (Tabla 1).

Las referencias encontradas en español y portugués supusieron menos del 5 % y en ambos casos más del 75 % se localizaron en LILACS, IBECs e IME.

Tabla 1. Referencias encontradas según bases bibliográficas y descriptores

	MEDLINE	PsycINFO	Embase	LILACS	IBECs	IME	The Cochrane Library
D+AP+Ps	18 ² (18) [1] [0]	828 [8] [3]	65 [1] [0]	4 [1] [1]	2 [2] [0]	20 [19] [0]	214
D+colab.	547 ² (560) [5] [4]	1.394 [7] [2]	620 [7] [3]	44* [18] [19]	36* [35] [0]	10 [9] [0]	329
D+colocal.	9 ² (9) [0] [0]	16 [0] [0]	11 [0] [0]	25* [9] [14]	2* [2] [0]	0	5
D+integr.	598 ² (607) [4] [2]	2.845 [26] [11]	647 [10] [0]	91* [46] [45]	54* [51] [0]	39 [39] [0]	200
Total parcial	1.172 ² (1.194) [10] [6]	5.083 [41] [16]	1.343 [18] [3]	164 [74] [79]	94 [90] [0]	69 [67] [0]	748
Total	8.673 (8.695) [300] [104]						

D: depresión

AP: atención primaria

Ps: psiquiatría

colab.: atención colaborativa

colocal.: colocalización

integr.: integración

*: estrategias en que no se ha limitado el idioma por haberse ocupado todos los campos de búsqueda.

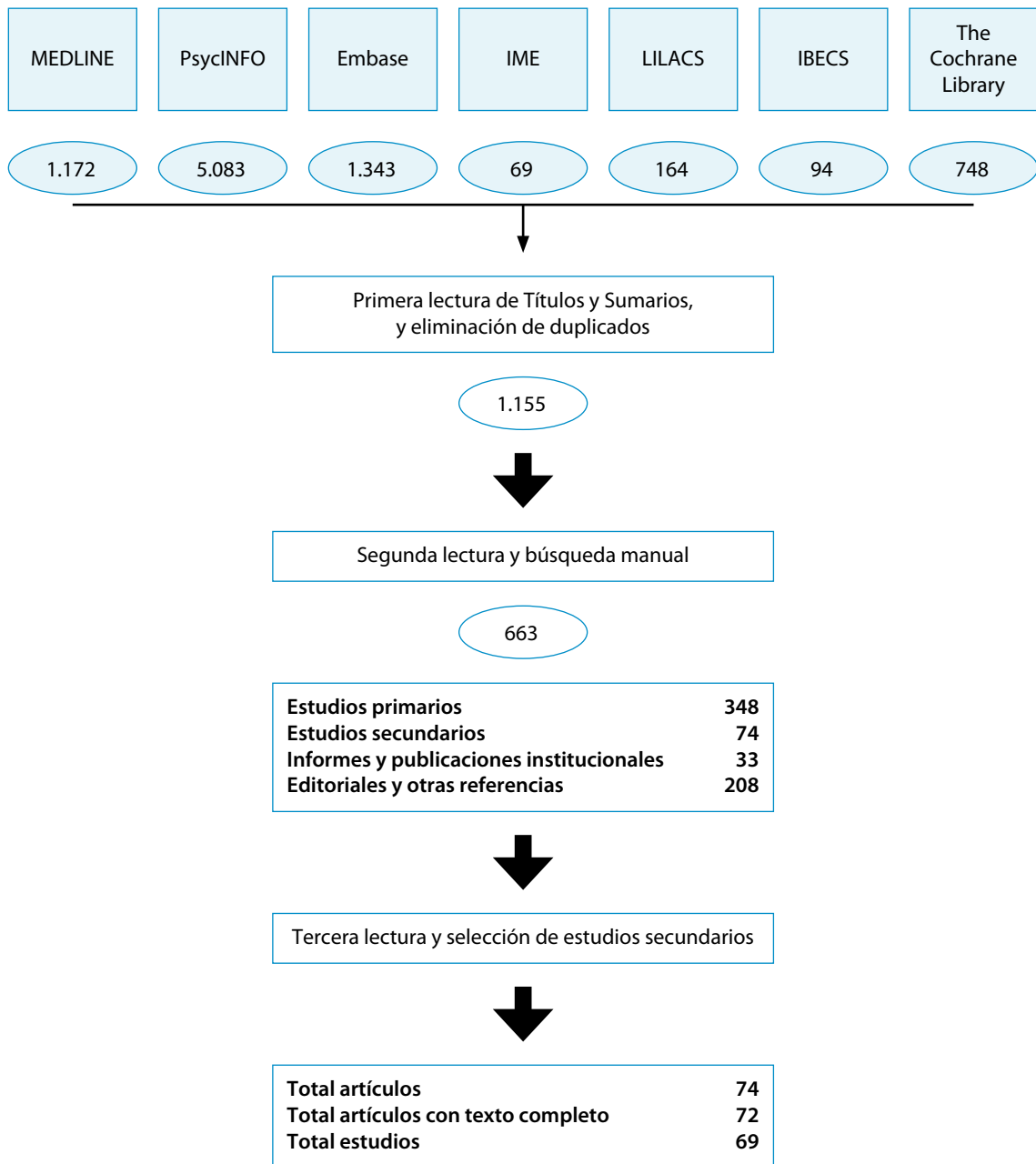
²: estrategias en que se han eliminado los duplicados. Entre paréntesis se indica el nº de documentos hallados antes de realizar dicha eliminación. Ello solo es posible en MEDLINE porque se utiliza más de una base de datos en la búsqueda (MEDLINE, MEDLINE Daily Update y MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed citations).

[]: número de artículos en español.

[]: número de artículos en portugués. The Cochrane Library solo publica en inglés.

Del total de las 8.673 referencias encontradas se seleccionaron 1.155 artículos mediante una primera lectura de los títulos y sumarios, y la eliminación de duplicados. Tras una segunda lectura de cribado y la búsqueda manual de publicaciones, se obtuvieron 663 referencias de las cuales 74 correspondían a estudios secundarios (Figura 1). En dos de los artículos no fue posible acceder a los textos completos (48; 49). Uno de los estudios secundarios se describía en tres artículos (50-52), por lo que se incluyó aquel que lo describía de modo más global (50) y, finalmente, otra de las revisiones (53) incluía y actualizaba una revisión previa de los mismos autores (54), excluyéndose la más antigua.

Figura 1. Proceso de selección y clasificación de las referencias encontradas



4.2. SEGUNDA FASE: META-REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS SECUNDARIOS

4.2.1. Características de los estudios

Del total de 69 estudios secundarios finalmente seleccionados y de los que se dispone de texto completo, 57 se presentan como revisiones, y de ellas 23 como revisiones sistemáticas, 29 no sistemáticas, y cinco meta-revisiones («overviews», síntesis narrativas y una meta-regresión). Los 12 artículos restantes se corresponden con tres descripciones sobre la evolución histórica de la interrelación AP-SM en Estados Unidos (EE.UU.) (55, 56) y Holanda (57), tres análisis de modelos de integración AP-SM vigentes a nivel internacional (58) y en EE.UU. (31, 59), una valoración de diferentes iniciativas y proyectos de atención a la depresión en Europa desde el European Forum for Primary Care (25), tres descripciones

nes de programas que forman parte de distintos proyectos en EE.UU. (60-62), una evaluación del impacto de dos reformas de SM primaria en Australia (63) y una propuesta de organización de la evidencia de la integración de servicios de SM en AP (64).

4.2.2. Contextos, poblaciones y trastornos depresivos

En cuanto a los *países de origen* de los estudios, el 88,41% incluye estudios primarios de EE.UU., seguido de un 49,28% de Reino Unido, y Australia y Holanda, cada uno con 18,84%. En menor proporción aparecen estudios de Canadá (15,94%), Alemania (10,14%), Chile (7,25%), Italia (7,25%), Suecia (5,80%) y Finlandia (5,80%). En 26 artículos los estudios primarios son exclusivamente de EE.UU. y en otros siete de EE.UU. y Reino Unido.

Respecto a la procedencia de los estudios secundarios como tales, en un 47,83% los autores son de EE.UU., y el resto son de Reino Unido (15,94%), Australia (5,80%), Holanda (5,80%), Canadá (4,35%), Italia (2,90%), Alemania, Irlanda, China, Nueva Zelanda (cada uno con 1,45%) y varios países (11,59%).

En gran parte de las revisiones no se explicitan suficientemente las *poblaciones* en que se realizan los estudios. En 18 estudios se señala la referencia a población adulta en general (60, 65-68), pudiendo incluirse en algunos casos a niños y mayores de 60 años (30, 31, 69-79), y ocho se refieren total o principalmente a ancianos (53, 80-86). Ocho de los estudios se orientan a poblaciones seleccionadas, como usuarios de HMO, MCO y centros de veteranos (65, 68, 70, 80, 87, 88), militares (62) y fundaciones (61), experiencias todas ellas ubicadas en EE.UU.

En más de la mitad de los estudios no se especificaba el *tipo de trastorno depresivo*. En 30 estudios se alude a varios tipos de depresión y solo cinco se refieren explícitamente a depresión mayor (60, 65, 66, 69, 89).

4.2.3. Calidad metodológica de los estudios

Tal y como se avanzó en el apartado anterior, la evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados se llevó a cabo mediante la aplicación de la herramienta AMSTAR, diseñada para las revisiones sistemáticas, lo cual explica en gran medida la baja puntuación obtenida por la mayoría de las revisiones no sistemáticas incluidas en el estudio (Tabla 2). Además, se ha de tener en cuenta la inclusión en el presente trabajo de 12 estudios secundarios no considerados propiamente como revisiones (25, 31, 55-64), y a los que por tanto no se pudo aplicar esta herramienta de evaluación.

Asimismo, se identificaron y agruparon las principales limitaciones metodológicas señaladas por los propios autores de los estudios secundarios por la importancia de sus repercusiones en la aplicabilidad de los resultados:

- Dificil comparabilidad de los estudios por sus diferentes contextos y poblaciones (55, 62, 77, 86, 87, 92, 95, 97, 99, 111). Las intervenciones son plurales y a menudo insuficientemente descritas (64, 65, 74, 82, 92, 96), lo cual dificulta la identificación de los componentes más efectivos (70, 94, 118). Los problemas en el diseño de las comparaciones de modelos e intervenciones (100) son mayores en los modelos más complejos como la atención colaborativa (99, 102) o intervenciones multifaceta en las que participan diferentes grupos profesionales (100).
- Escasez de estudios aleatorizados controlados debido a la complejidad de las intervenciones (57, 99) y variabilidad en la calidad de los estudios primarios (69; 81; 94), con frecuentes carencias metodológicas (30, 75, 94, 102). La atención habitual, con la que generalmente se comparan las intervenciones, es con frecuencia heterogénea (79) o poco detallada (30, 93, 94)

Tabla 2. Evaluación de la calidad de las revisiones

CALIDAD METODOLÓGICA (AMSTAR-CADTH)	REVISIONES SISTEMÁTICAS	REVISIONES NO SISTEMÁTICAS	META-REVISIONES
Alta (8-11)	Gilbody, 2002 (50) Badamgarav, 2003 (90) Neumeyer-Gromen, 2004 (70) Tsai, 2005 (91) Bower, 2006 (92) Gensichen, 2006 (65) Gilbody, 2006 (93) Gunn, 2006 (75) Smith, 2007 (94) Williams, 2007 (77) Butler, 2008 (78) Christensen, 2008a (30) Harkness, 2009 (95) Huang, 2009 (86) Cape, 2010 (68) van der Feltz-Cornelis, 2010 (88)	Skultety, 2006 (82)	Rubenstein, 2009 (79)
Media (4-7)	Weingarten, 2002 (96) Vergouwen, 2003 (97) Bijl, 2004 (69) Craven, 2006 (74) Smit, 2007 (66) Hall, 2008 (98) Lu, 2008 (87)	Craven, 2002 (99) Beaudin, 2005 (71) Doughty, 2006 (100) Christensen, 2008b (101) Parrish, 2009 (67)	Bartels, 2002 (81) Bower, 2005 (102)
Baja (0-3)		Anfinson, 2001 (103) Callahan, 2001 (80) Bower, 2002a (104) Bower, 2002b (105) Ford, 2002 (106) Hilty, 2002 (107) Aitken, 2004 (108) Oxman, 2005 (53) Adli, 2006 (72) Byrne, 2006 (109) Hilty, 2006 (76) Katon, 2006 (110) Berardi, 2007 (111) Kates, 2007 (29) Magruder, 2007 (112) McEvoy, 2007 (83) Thielke, 2007 (113) Vannoy, 2007 (84) Katon, 2008 (89) Skultety, 2008 (85) Meyer, 2009 (114) Simon, 2009 (115) Bauer, 2010 (116)	Barbui, 2006 (73) Griffiths, 2008 (117)

- Dificultades para la utilización de una definición de depresión compartida (25), con gran diversidad de instrumentos diagnósticos (25, 65, 66, 69, 86).
- Ausencia de consenso en cuanto a los indicadores utilizados en la evaluación de la efectividad de las intervenciones (75, 82, 112). Referencias a medidas tanto de procesos como de resultados (61) y a in-

formación procedente de la «literatura gris» (101). Tendencias a reflejar los impactos según las audiencias a que van destinados (64). En ocasiones, falta de coherencia entre los objetivos o metas de los programas y lo que realmente se evalúa (99).

- Difícil generalización de los resultados de los estudios (91, 99, 101, 112), sobre todo en aquellos que conllevan reorganizaciones asistenciales, de personal y de financiación (55, 58, 79), y en el caso de modelos que precisan de personal experto (65, 70, 74, 75, 77, 92, 98, 100).
- Duración inadecuada de los tiempos de seguimiento (94) con predominio de las evaluaciones a corto plazo (82, 92, 93). Se subraya la necesidad de investigar la efectividad de los modelos e intervenciones a largo plazo (70, 93) o al menos en seguimientos de dos o más años (27, 87).

A pesar de dichas deficiencias y de la baja puntuación de 25 de las revisiones evaluadas con la herramienta AMSTAR (todas ellas no sistemáticas), se optó por un criterio inclusivo que favoreciera el conocimiento de lo publicado y el necesario análisis descriptivo de los modelos e intervenciones, y a su vez permitiera tener en cuenta la calidad de las evidencias sobre su efectividad.

4.2.4. Clasificaciones de modelos e intervenciones

La revisión pormenorizada de los estudios secundarios seleccionados confirmó la gran diversidad de modelos de interrelación entre AP y SM comentada a propósito de su calidad metodológica. Dicha diversidad afecta tanto a la definición de los modelos e intervenciones como a las distintas propuestas para su clasificación.

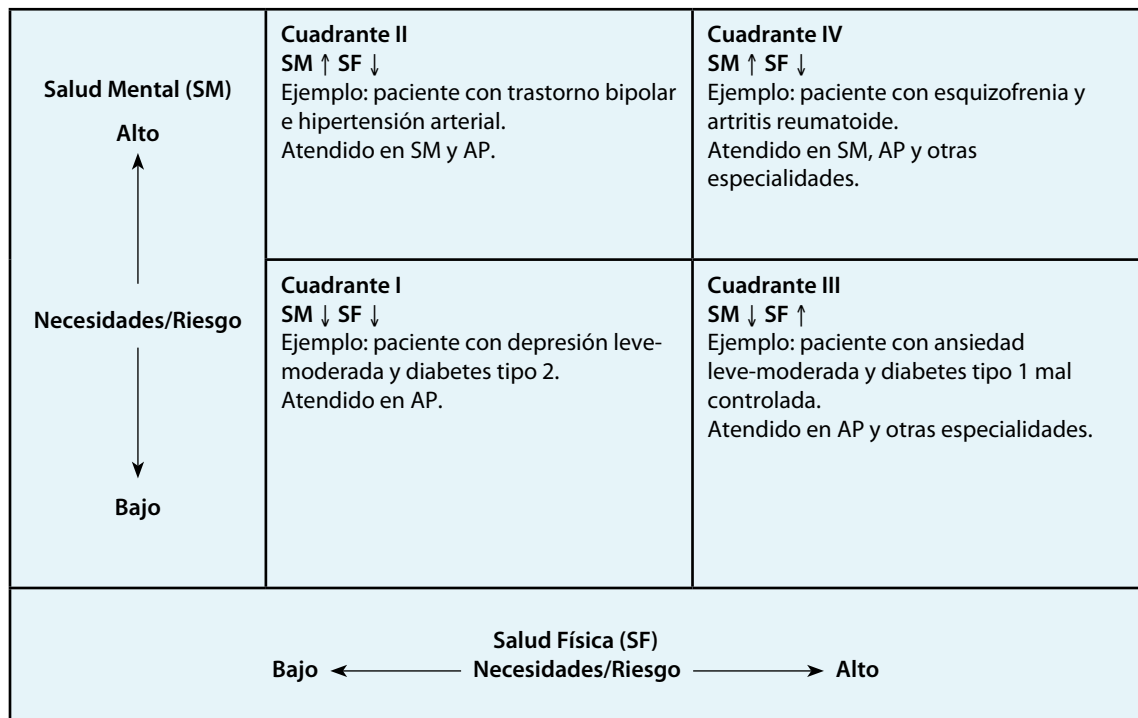
En general, los estudios basan sus análisis en «modelos conceptuales», es decir, en versiones resumidas teóricamente, cuya simplificación se reconoce como necesaria para la comparación y evaluación, aún a costa de no recoger la complejidad y variabilidad de sus comportamientos reales (119). En consecuencia, las diferentes propuestas clasificatorias deben entenderse en función de la intencionalidad y los contextos de los autores, lo cual conlleva frecuentes solapamientos entre los distintos modelos y dificulta cualquier intento de síntesis.

Si bien en algunos casos dichas clasificaciones obedecen a una finalidad descriptiva de la situación y evolución en países concretos (EE.UU. (55, 56), Italia (111), Australia (63) y Holanda (57)), en la mayoría de los estudios las propuestas pretenden ofrecer esquemas comparativos que faciliten su evaluación:

- Un primer esquema, compartido por autores como Collins et al. (31), Mauer et al. (59) y Wulsin et al. (58), es el de los *cuatro cuadrantes* (120), en el que el papel de AP y SM se distribuye según la gravedad de las necesidades y riesgos en las dimensiones física y mental de la salud (Figura 2).

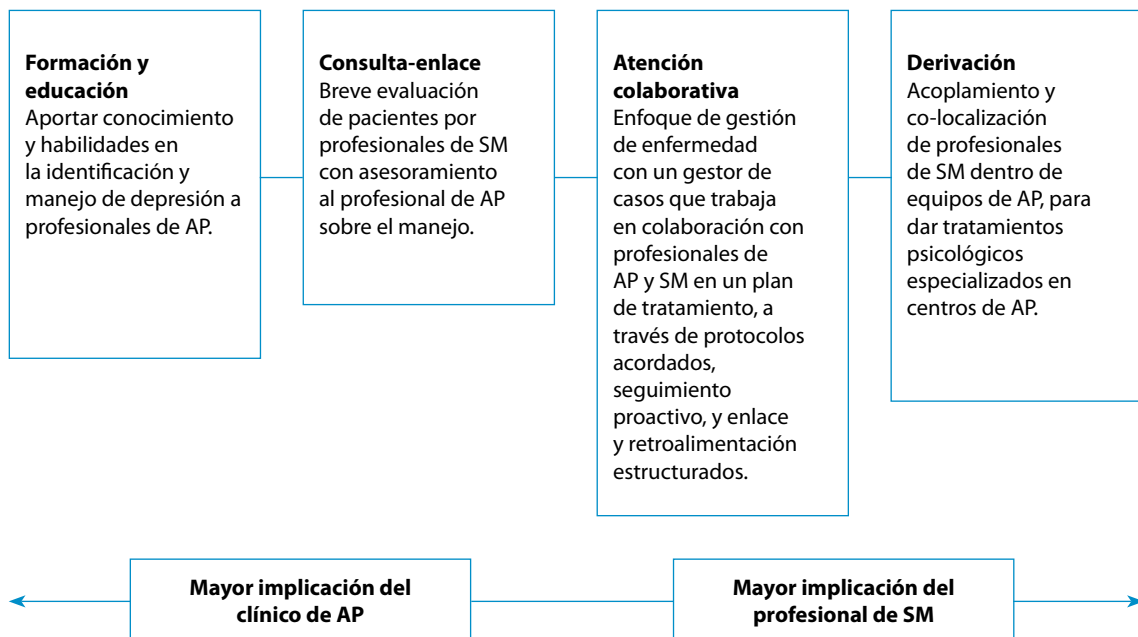
No obstante, cada uno de dichos autores desarrolla a su vez su propia tipología. Collins et al. (31) identifican y analizan ocho modelos de colaboración AP-SM en el contexto de EE.UU., exponiendo ejemplos en cada caso y evaluándolos en función de la evidencia disponible y los problemas de implementación y financiación: colaboración entre *proveedores separados*; servicios de AP que atienden en primera instancia la SM (incluyen aquí la *consulta-enlace*); *co-localización* de servicios separados que comparten el mismo espacio; *gestión de enfermedades*, que se identifica con el CCM o modelo de atención a la cronicidad, subrayando la figura del gestor de cuidados o *care manager*; *co-localización inversa*, donde el médico de AP está en los centros de SM; *AP y SM unificadas* mediante integración asistencial, administrativa y financiera; SM desde AP en un *modelo comunitario* donde el profesional de AP es el principal proveedor; y los denominados *sistemas colaborativos*, con una gran variabilidad en cuanto a los grados de integración. Mauer et al. (59) subrayan asimismo las peculiaridades del sistema sanitario de EE.UU. y justifican la aplicabilidad del modelo de *atención escalonada* en cada uno de los cuatro cuadrantes. Y Wulsin et al. (58) distinguen entre modelos basados en el hospital y modelos basados en AP, diferenciando en este caso tres ámbitos posibles: prestación de servicios de SM en AP, AP en SM, y un tercero en el que sitúa los modelos de *gestión de enfermedades* y CCM.

Figura 2. Modelo de los cuatro cuadrantes (adaptado de Collins (31) y Mauer (59))



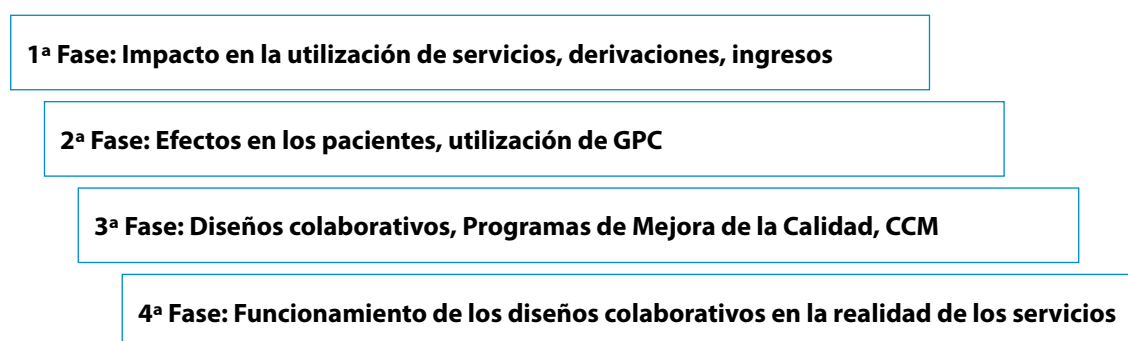
- Otro esquema clasificatorio frecuentemente utilizado coloca a AP y SM en los extremos de un supuesto eje que representa los diferentes grados de implicación de unos y otros en la asistencia a los trastornos depresivos, desde la atención exclusiva por AP o por SM, a la implementación de distintos modelos de coordinación/colaboración: *formación de profesionales de AP, consulta-enlace, modelos colaborativos y sustitución-derivación* (68; 99; 102; 103; 114) (Figura 3).

Figura 3. Modelos de asistencia de salud mental en AP (119)



- Un tercer esquema distribuye los modelos y las intervenciones según determinadas *fases en las investigaciones sobre la colaboración AP-SM en la atención a la depresión* (Figura 4), al menos en Norteamérica (53, 56, 74):
 - a) En una primera etapa los estudios van dirigidos a conocer el impacto de las experiencias de colaboración en resultados como la utilización de los servicios, las derivaciones a SM o los ingresos.
 - b) A continuación, las investigaciones se centran más en los resultados en los pacientes, combinando intervenciones de colaboración con la utilización de GPC.
 - c) En una tercera fase los modelos colaborativos se vinculan al CCM y las iniciativas o programas de mejora de la calidad.
 - d) Finalmente, se plantean «estudios emergentes» orientados a examinar el funcionamiento de dichas intervenciones en la realidad de los servicios. La identificación de los estudios de esta última fase difiere parcialmente según los distintos autores:
 - IMPACT, PROSPECT, PRISM-E (Oxman et al. (53) los consideran como de 3ª generación) (85, 86).
 - IMPACT, RESPECT-D, DIAMOND, VA TIDES and WAVES (56; 110).
 - IMPACT, PROSPECT y PEARLS (83).
 - IMPACT, PROSPECT y RESPECT (84).

Figura 4. Fases en la investigación de modelos de colaboración AP-SM en depresión



Además de la pluralidad en las propuestas de clasificación, los modelos más complejos incorporan con frecuencia componentes de otros previos más fáciles de definir. En consecuencia, en la presente revisión se han ordenado para su análisis desde los más concretos en su definición a los más complejos o a los peor definidos, diferenciando en lo posible los modelos como tales de las intervenciones o actividades implementadas en cada caso:

- *Atención escalonada.*
- *Consulta-enlace.*
- *Gestión de enfermedades y gestión de casos.*
- *Programas de mejora de calidad (Quality Improvement Collaboratives, QIC) y Breakthrough Series (BTS).*
- *Chronic Care Model (CCM).*
- *Modelos de atención colaborativa.*

En lo que respecta a las intervenciones presentes en los distintos modelos, no existe una correspondencia cerrada entre estas y los modelos en los que se llevan a cabo. Modelos diferentes pueden presentar intervenciones comunes, y determinadas intervenciones pueden estar o no estar presentes en las distintas aplicaciones prácticas de un mismo modelo. Por dicha razón, en gran parte de los estudios secundarios revisados los autores intentan evaluar no solo los modelos, sino también la efectividad de las diferentes intervenciones, identificándose las siguientes como las más importantes:

- *Formación de los profesionales de AP.*
- *Actividades de cribado.*
- *Difusión de Guías de Práctica Clínica (GPC).*
- *Sistemas de información.*
- *Atención telefónica.*
- *Telepsiquiatría.*
- *Incorporación de nuevos profesionales o nuevos roles.*

4.2.5. Análisis de modelos e intervenciones

4.2.5.1. Modelos

4.2.5.1.1. Atención escalonada

El modelo de *atención escalonada* aparece identificado y evaluado en general como parte de otras propuestas colaborativas más complejas (29, 50, 89). Básicamente consiste en el establecimiento de niveles de disposición de los recursos en función de la gravedad y evolución de los trastornos depresivos. En general, el primer nivel es el de la AP, desde donde se derivan a SM aquellos casos que requieren de una atención más especializada. En el nivel de SM es el psiquiatra quien habitualmente desempeña el papel más importante, recibiendo pacientes procedentes de diversos médicos y centros de AP, y organizando su asistencia con la participación de un abanico de profesionales que varía según los casos (psicología, enfermería, trabajo social) (121). Su implantación no es exclusiva de los trastornos mentales sino que, por lo general, se extiende a otros problemas de salud y especialidades.

La *atención escalonada* se corresponde con las recomendaciones propuestas en la GPC de NICE (122), si bien su organización concreta y el tipo de asistencia prestada varía según los sistemas sanitarios (25, 121), siendo el modelo característico de los servicios públicos de salud donde la AP constituye la puerta de entrada al sistema, como es nuestro caso.

A pesar de ello, la evidencia procedente de estudios directos sobre la efectividad del modelo de *atención escalonada* en trastornos mentales comunes es limitada, sugiriéndose que su integración en un modelo más complejo de atención colaborativa podría asociarse con mejores resultados (122), como una mayor concordancia con la medicación y una mejora en las tasas de recuperación (50).

4.2.5.1.2. Consulta-enlace

El modelo de *consulta-enlace* se enfoca principalmente hacia la vinculación-derivación entre los profesionales de AP y los psiquiatras u otros especialistas en SM de aquellos pacientes que la requieren y con especial atención al componente educativo (50, 123, 124). La responsabilidad en el seguimiento se mantiene principalmente en AP (102, 105), si bien las particularidades en su concreción y el tipo de profesionales involucrados varían notablemente en función de las diferentes condiciones de acceso, cobertura y organización de los servicios de salud (73, 105, 111). En este sentido, el modelo de *consulta-enlace* puede ser compatible tanto con la ordenación de los recursos conforme al modelo de atención escalonada, como con modelos de colaboración más complejos.

De hecho, el modelo de *consulta-enlace* como tal, basado en el encuentro de profesionales de AP y SM, muestra una evidencia limitada e inconsistente en la mejora de la atención a la depresión (88, 100, 102, 105), mientras que su inclusión en modelos organizativos más complejos (CCM) podría presentar mayor eficacia y un uso más eficiente del tiempo del especialista (105). El conocimiento y las relaciones entre los profesionales de ambos niveles, así como su grado de motivación, parecen ser fundamentales para su implementación (105, 116), si bien se advierte por otro lado su falta de impacto como modelo aislado en los resultados finales (68). Tampoco parecen encontrarse diferencias claras entre este modelo y otros de mayor grado de integración (78), apuntándose una posible mayor efectividad de su aplicación en zonas de bajo nivel social, aunque sin aportarse información acerca de los indicadores utilizados (116).

4.2.5.1.3. *Gestión de enfermedades y gestión de casos*

La *gestión de enfermedades y la gestión de casos* son modelos muy variables según su configuración y enfoque como programas más o menos integrados. También aquí se trata de modelos que no son específicos del ámbito de la depresión, y su desarrollo concreto depende en gran medida de las características de cada contexto sanitario. Los programas de *gestión de enfermedades y de casos* tienen su origen y desarrollo principal en EE.UU. como respuesta a la necesidad de ganar en efectividad y eficiencia en la atención a determinadas patologías, generalmente crónicas, o a pacientes con uno o varios problemas de salud que requieren de una asistencia más integrada y continuada (125, 126). Inicialmente promovidos por la industria farmacéutica, los servicios asistenciales asumieron un mayor protagonismo en su evolución posterior integrándose en las redes preexistentes, o creando redes «externas» para su desarrollo (127). Su extensión a otros países, incluido el nuestro, se ha acompañado de llamadas de atención acerca de la importancia de ser considerados como parte de estrategias y políticas sanitarias más globales (128), así como de los riesgos derivados de su limitada evidencia, su diseño vertical y su posible «trasplante» precipitado en estamentos como la enfermería o trabajo social (129, 130).

Concretamente en los estudios analizados destaca como componente característico de dichos modelos la existencia de un determinado profesional que asume la responsabilidad de identificar y hacer el seguimiento de los pacientes, así como de la coordinación, gestión y evaluación de todos aquellos recursos que resulten necesarios para su asistencia (*care manager* o *case manager*). En este sentido, las revisiones analizadas muestran una gran variabilidad de profesionales, roles y poblaciones implicados (69, 90, 96), así como dificultades en la evaluación de la evidencia de sus componentes (30, 65, 70, 87).

Los programas de gestión de enfermedades se muestran efectivos en la atención a los pacientes con depresión (70). La inclusión del cribado en el modelo aporta resultados positivos en la depresión mayor en los estudios de EE.UU., pero no de Reino Unido (69). Sus efectos conllevan un incremento, aunque de pequeña magnitud, en cuanto a mejoría de síntomas, satisfacción de los pacientes, aumento de visitas a AP, y adecuación y adherencia al tratamiento; la mejora no resulta significativa en la funcionalidad física, estado de salud, hospitalización, costes, resultados derivados de la adherencia de profesionales y pacientes, y derivación a psiquiatría (90).

Los modelos de gestión de casos se asocian también con mejoras en los resultados de los pacientes, especialmente si el gestor de casos se vincula e informa directamente a los médicos de AP, y participa en su asistencia mediante actividades de terapia psicológica (30). El incremento en la adherencia al tratamiento podría intervenir como mecanismo de acción clave en la mejora de los resultados (30), incluso en plazos de 6-12 meses (65).

4.2.5.1.4. *Programas de mejora de calidad (QIC) y Breakthrough Series (BTS)*

Los *programas de mejora de calidad* aplicados al ámbito de la colaboración entre niveles asistenciales ante pacientes con depresión, representan un nivel más complejo en la medida en que generalmente

actúan simultáneamente sobre diferentes dimensiones y agentes implicados en la organización de la asistencia (formación, diseminación de GPC, gestión de casos, apoyo desde SM y monitorización, entre otros). De ahí su ubicación por parte de determinados autores (53, 56, 74) en una fase más avanzada de los modelos colaborativos, y también que las revisiones sobre su efectividad se reconozcan condicionadas por los contextos (60, 71, 80) y plazos temporales (50, 66) en que se han llevado a cabo.

Los programas de colaboración para la mejora de la calidad (QIC) se iniciaron a finales de los 80 y en los 90 con un desarrollo creciente en EE.UU, Canadá, Australia y algunos países del norte de Europa como Reino Unido y Holanda. En general, su desarrollo se ha caracterizado por una gran heterogeneidad de experiencias y ámbitos concretos de aplicación, con importantes inversiones de esfuerzos, tiempo y recursos (131; 132).

En algunos de los estudios se muestran mejoras a los seis meses y en algún caso hasta cinco años después de su implementación (66, 71), mientras que en otros los resultados favorables se evidencian a los 12 meses para desaparecer a los dos años (50). La consecución de mejoras aún limitadas al corto plazo requiere la combinación de actividades de formación a profesionales y pacientes, gestión de casos por enfermeras y monitorización de la medicación (50), es decir, actividades necesariamente integradas y complejas (80) cuya evaluación estadística resulta especialmente dificultosa (60).

El modelo *Breakthrough Series (BTS)* diseñado por el IHI en 1995 representa una propuesta particular de programa de colaboración en la mejora de la calidad (QIC) para ayudar a las organizaciones sanitarias a cerrar la brecha existente entre lo que se sabe y lo que se hace. Su enfoque de intervención es a corto plazo, lo cual conlleva sus propias limitaciones ante cambios organizativos de cierta complejidad (133), y quizás explique lo incierto de las evidencias derivadas de su implementación (29, 133-135).

4.2.5.1.5. *Chronic Care Model (CCM)*

El *modelo de atención a la cronicidad (CCM)* propuesto a finales de los años 90 desde el MacColl IHI (136) ha vivido un notable proceso de difusión en la mayoría de los países occidentales llegando a ser uno de los referentes principales de numerosas políticas sanitarias a nivel nacional y regional (137-139). Originalmente presenta seis elementos considerados como esenciales para garantizar una atención de calidad en la asistencia en enfermedades crónicas:

- Organización del sistema sanitario: liderazgo, objetivos definidos, participación de los profesionales, incentivos, etc.
- Recursos y relaciones con la comunidad: información, convenios y acuerdos, etc.
- Apoyo al autocuidado: educación sanitaria del paciente, apoyo psicosocial y herramientas de activación, entre otros.
- Organización de los servicios asistenciales: elementos de coordinación, continuidad de cuidados, optimización del trabajo en equipo, sistemas de control de visitas y seguimiento proactivo.
- Sistemas de información: registros de pacientes, retroalimentación al profesional sobre resultados-evolución, recordatorios para los profesionales, etc.
- Apoyo en la toma de decisiones: guías clínicas, formación y servicio de consulta con expertos.

Su aplicación en el ámbito concreto de la depresión se ha justificado por la evolución prolongada de dicho trastorno y por su frecuente presencia como comorbilidad acompañante de numerosos problemas crónicos de salud (140, 141).

La simultaneidad de las actividades en los seis campos propuestos y la importancia del rediseño en la manera de organizar y administrar los servicios, explican la ubicación del modelo también en las fases avanzadas del esquema clasificatorio de Oxman et al. (53), Craven et al. (74) o Katon et al.(56), así como

la gran variabilidad en su desarrollo práctico según los distintos países, servicios y programas. Dicha variabilidad, así como la complejidad de su implementación, contribuyen a explicar las dificultades para la evaluación del modelo tanto en general (142) como en su aplicación a la atención a la depresión (74), y las reticencias ante su traslado a contextos diferentes al de EE.UU. (83), o con sistemas de AP más consolidados (143, 144).

En el ámbito concreto de la depresión, encontramos diferentes acentos en uno u otro componente (gestión de casos, atención escalonada, desarrollo de GPC, tecnología de la información, apoyo y educación de los pacientes) (29), si bien, en general, la figura del gestor de cuidados o *care manager*, principalmente orientada a la enfermería, tiende a ser considerada como uno de sus elementos clave (77, 79).

Aunque no existe clara evidencia acerca de la influencia de los distintos componentes del CCM sobre los efectos, se ha sugerido que el rediseño del sistema y el apoyo a la autogestión por los pacientes tendrían una mayor vinculación con los resultados, mientras que el apoyo en la toma de decisiones afectaría más a los procesos (91). Los efectos en cualquier caso parecen ser discretos (91, 106) y se reflejan principalmente en la adherencia a la medicación (77), la mejoría de síntomas (77, 78), y la satisfacción de pacientes y médicos de AP (89). No se describen beneficios en pacientes con depresión menor (77).

En algunas de las revisiones las experiencias de CCM se presentan como muy concretas y locales (61, 106) y de difícil sostenibilidad e implementación en condiciones rutinarias (105, 112), dado el incremento detectado en costes asistenciales (112).

4.2.5.1.6. Modelos de atención colaborativa

Finalmente, bajo el epígrafe de «modelos de atención colaborativa» se han agrupado un amplio número de estudios secundarios que incorporan en todos los casos modelos complejos de colaboración entre SM y AP (84, 92, 109, 114), es decir, modelos que contemplan intervenciones simultáneas en gran medida comunes a las descritas a propósito de los QIC y sobre todo del CCM (73, 89, 102), pero sin identificarse explícitamente como tales.

Las definiciones señalan en general la importancia de la colaboración de los profesionales de AP y SM (113) para asegurar que los pacientes reciban el servicio, el profesional y la localización más adecuados, con rapidez, y con los menores obstáculos posibles (74). Sin embargo, y al menos en lo que respecta a la asistencia a la depresión, llama la atención la diversidad existente en las definiciones de los «modelos colaborativos» y en el número y tipo de intervenciones, a menudo insuficientemente descritas y evaluadas (64). Ello genera los consiguientes interrogantes acerca del papel de los distintos elementos de los modelos (113) y de la gran variedad de agencias de servicios y sistemas de financiación involucrados particularmente en el caso de EE.UU. (31).

La mayoría de las revisiones sobre la atención colaborativa afirman que estos modelos son más efectivos que la atención habitual. En los estudios secundarios analizados se muestra una mejoría a los seis (66, 86, 93) y 12 meses (86), en particular en depresión mayor (72, 97) a través de un más largo tratamiento (86) y mejora en la adherencia (97). Se advierte evidencia de beneficio a largo plazo hasta los cinco años (89, 93), si bien los resultados aparecen como no consistentes en todos los estudios (75, 94) y en general se reconocen modestos. También se refieren efectos positivos en el estado de salud (102), el grado de satisfacción de los pacientes (89, 99, 102) y médicos de AP (89, 99), la adherencia a la medicación (89, 97, 102), y la reducción de ideas suicidas en ancianos (86). En ocasiones los resultados favorables se sustentan a su vez en referencias a otros modelos como gestión de enfermedades integrables en la atención colaborativa (73, 102).

Según los estudios, dichos beneficios se relacionan con la experiencia profesional en SM del gestor de casos y su labor de supervisión (53, 93), existencia de relaciones clínicas previas, GPC compartidas y cambios organizativos (74), potenciación de la enfermería (50) e incorporación de recursos adicionales

(50, 97), desarrollo de equipos multidisciplinares (81, 82) –en algún caso con inclusión de farmacéuticos (87)– y mayores intervenciones psicosociales principalmente en ancianos (82), aunque no está claro cuáles de estas son más adecuadas o efectivas en AP (85).

Los efectos de los modelos colaborativos resultan inferiores y más ambiguos en la depresión menor (85, 100). No parece existir un claro incremento en los costes (86, 115), señalándose una mayor eficiencia si se combina con la atención escalonada (103).

Los estudios colaborativos realizados fuera de EE.UU. no parecen aportar resultados favorables significativos, advirtiéndose además una mayor heterogeneidad entre ellos (93). Las explicaciones se han vinculado a las diferencias en la fortaleza de los sistemas de AP en los distintos países (75), en particular en el caso de Reino Unido (104), y también a que los estudios en EE.UU. se han dirigido principalmente a grupos de riesgo, como pacientes con comorbilidad física u otras patologías psiquiátricas (93).

4.2.5.2. Intervenciones

4.2.5.2.1. Formación de los profesionales de AP

Las intervenciones formativas se orientan en general a aportar conocimientos y habilidades en el manejo de los trastornos depresivos desde los profesionales de SM a los clínicos de AP. Los programas y contenidos son variados, incluyendo pautas de mejora en el diagnóstico y la prescripción, habilidades en terapia psicológica, discusión de casos, y disseminación de información mediante seminarios educativos (102).

Las actividades formativas están presentes en mayor o menor grado en los diferentes modelos, pero las estrategias exclusivamente educativas apenas resultan efectivas (30, 50, 73, 87). Es decir, se reconocen como necesarias, pero no suficientes (81, 103, 113), con resultados más prometedores en la medida en que forman parte de modelos más complejos, como la gestión de casos o la atención colaborativa (73, 81, 96). Según los estudios analizados, los efectos de la formación de los profesionales de AP aparecen en todo caso más vinculados a determinados componentes del proceso de atención que a los resultados en la evolución de los pacientes con depresión (30, 84, 117). Dichos efectos resultan menores a largo plazo (66). La variabilidad en los métodos de formación conlleva además que, determinados contenidos potencialmente efectivos de terapia psicológica como el *advanced counselling* o la terapia cognitivo conductual (TCC), en la práctica no resulten siempre factibles (102).

4.2.5.2.2. Difusión de Guías de Práctica Clínica (GPC)

La gran variabilidad existente en la práctica clínica en general, y en el manejo de la depresión en particular, ha servido de principal argumento para la difusión, también en este campo, de la Medicina Basada en la Evidencia, y de las GPC como uno de sus productos más operativos. Si bien autores como Greenhalgh et al. (145) diferencian la difusión de la disseminación (la primera más pasiva e indiscriminada, y la segunda más activa y enfocada a grupos diana) en la presente revisión se han empleado ambos términos indistintamente. La finalidad principal de la difusión de GPC consiste en aportar información que permita fundamentar científicamente dicha práctica asistencial mediante la revisión rigurosa de las evidencias que justifican cada uno de sus componentes (cribado, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, derivación, etc.). En consecuencia, existen tanto a nivel nacional como internacional diferentes GPC elaboradas y revisadas por las principales agencias y organizaciones sanitarias y profesionales (122, 146-149).

En los estudios secundarios analizados, y de modo similar a lo comentado a propósito de las actividades formativas, la difusión de GPC se muestra como una intervención importante, pero no suficiente en la mejora de la atención a los pacientes con depresión (74, 103). Su implementación aislada no conlleva resultados de mejora o son limitados (30, 50, 73, 81, 102, 113, 117), advirtiéndose efectos más favorables si su desarrollo forma parte de modelos colaborativos integrados (50, 73, 74).

4.2.5.2.3. *Actividades de cribado*

Entre las deficiencias detectadas en la práctica asistencial en AP se ha hecho hincapié en la insuficiente detección de los trastornos depresivos y los consiguientes efectos negativos de su no-tratamiento (150, 151). Pero a su vez, la incorporación de actividades de cribado ha sido objeto de cuestionamiento, al considerarse que la mayoría de los casos no detectados se corresponderían con trastornos leves que en realidad no necesitan ser tratados (152), avisando de los riesgos de iatrogenia derivados de posibles excesos de diagnóstico y tratamientos no justificados (10).

Conforme a los resultados de la presente revisión, la utilización rutinaria de cuestionarios de depresión o de calidad de vida en la población general no afecta a la mejora de la detección, manejo y evolución de la depresión en los centros de AP (50, 73). Los efectos resultan más favorables cuando su aplicación forma parte de modelos o programas más complejos como gestión de enfermedades (90), modelos colaborativos o CCM (29, 84, 92), en aquellos casos en los que se llevan a cabo un tratamiento y seguimiento adecuados de los casos diagnosticados (113), y sobre todo si su utilización se orienta específicamente a determinados grupos poblacionales de mayor riesgo (50). Dichos resultados se corresponderían por tanto con las recomendaciones de las principales GPC e instituciones preventivas (122, 146-149).

4.2.5.2.4. *Sistemas de información*

Las referencias a los sistemas de información como intervención aislada son muy escasas, y comprenden un variado conjunto de actividades: uso de registros de pacientes, recordatorios, indicadores de progreso, etc. En general, el buen funcionamiento de los sistemas de información se considera un componente esencial de los modelos colaborativos para poder llevar a cabo el seguimiento de los pacientes, compartir los datos clínicos entre AP y SM, y evaluar la efectividad y la eficiencia de las prácticas colaborativas.

Sin embargo, la evidencia encontrada al respecto es muy limitada y referida principalmente al papel de las alertas informáticas. Dichas alertas en tiempo real resultan ser efectivas a corto plazo en la modificación de las prescripciones, pero se desconocen sus efectos a largo plazo (87).

4.2.5.2.5. *Atención telefónica*

La atención telefónica aparece vinculada al seguimiento telefónico (por enfermería u otros profesionales) para apoyar al paciente y comprobar que sigue el tratamiento adecuadamente (50).

En este sentido, la atención telefónica parece resultar efectiva en pacientes con depresión leve-moderada (100) sobre todo en el cumplimiento de la medicación, y en relación con la experiencia profesional y el método de supervisión llevado a cabo por el responsable del seguimiento (habitualmente gestores de casos) (93). La efectividad de la teleasistencia se supone mayor si se combina con otras intervenciones de efectividad demostrada como la TCC (100).

4.2.5.2.6. *Telepsiquiatría*

Aunque podría relacionarse con la atención telefónica, la telepsiquiatría no se limita al seguimiento por un gestor de casos, sino que conlleva el uso de tecnologías de información y comunicación electrónica para dar o apoyar clínicamente la atención psiquiátrica a distancia, generalmente en condiciones geográficas donde no es posible la consulta con presencia física. Incluye múltiples modalidades de comunicación como teléfono, fax, correo electrónico, internet y videoconferencia, siendo esta última la más aplicada (107, 153).

Como intervención vinculada a modelos de colaboración la telepsiquiatría constituye una estrategia que mejora la accesibilidad a la atención en SM en áreas suburbanas y rurales (76, 117). En algunos estudios su efectividad se equipara a la de la consulta psiquiátrica presencial resultando asimismo más

eficiente, al menos a corto plazo (114). No obstante, las evidencias son limitadas, precisándose evaluaciones más consistentes de dichas intervenciones (76).

4.2.5.2.7. Incorporación de nuevos profesionales o nuevos roles

Un componente importante de los modelos colaborativos de cierta complejidad es la incorporación de nuevos profesionales o la asunción de nuevos roles en la atención a los pacientes con depresión (29, 53, 77, 79, 154). En este caso es principalmente la enfermería quien modifica su rol tradicional asumiendo tareas como gestores de cuidados/casos, mientras que los nuevos profesionales se refieren sobre todo a enfermeras psiquiátricas de AP, trabajadores de SM y consejeros de SM.

La gestión de casos se ha relacionado con una mejoría de los síntomas depresivos (92), al menos a corto plazo (77), especialmente si el gestor posee experiencia en SM (30, 92, 93). Su participación puede ser de intensidad baja (apoyo telefónico, por ejemplo) o ser un ingrediente esencial en una estrategia más compleja (50, 84). Además de los buenos resultados referidos a la gestión de casos llevada a cabo por enfermería (30, 50, 112, 117), también se señalan evidencias positivas con psicólogos o psiquiatras (30, 112, 117), pero no así en el caso de los farmacéuticos (30, 117). La evidencia es limitada en lo que respecta a la efectividad de la incorporación de nuevos profesionales como las enfermeras psiquiátricas (67), los trabajadores en SM (95, 104) y los consejeros de SM (108). La importancia de disponer de profesionales con experiencia y formación específica resulta especialmente probada en el caso de la población anciana (85).

4.2.6. Síntesis aproximativa de evidencias

A partir de los resultados previamente descritos y analizados, en las Tablas 3 y 4 se exponen sendas síntesis aproximativas de la calidad de las evidencias encontradas en relación a los diferentes modelos e intervenciones. Tal y como se avanzó en el apartado de Material y métodos, en su ordenación se establecen cuatro niveles (elevada, baja, dudosa y no mejora) teniendo en cuenta los resultados de los estudios secundarios en cuanto a: las evidencias de mejora a medio y largo plazo, las características de los modelos e intervenciones, los condicionantes metodológicos derivados de la aplicación de la herramienta AMSTAR y de las carencias detectadas por los propios autores de los estudios.

Tanto en lo que respecta a los modelos de colaboración como a las intervenciones, no resulta posible llevar a cabo una gradación cuantificada en la comparación de los hallazgos (41). La gran heterogeneidad en la configuración e implementación de los modelos e intervenciones, su fuerte vinculación a los contextos de origen y las dificultades metodológicas derivadas de la complejidad del objeto de las investigaciones, explican en gran medida el carácter necesariamente aproximativo de las propuestas de síntesis. Pero a su vez, la ordenación resumida en ambas tablas permite ponderar la calidad y la dirección del efecto de las evidencias publicadas e identificar determinados elementos importantes para la discusión de propuestas de mejora en nuestro medio.

En general todos los modelos analizados presentan estudios que muestran efectos favorables derivados de la colaboración entre AP y SM en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión, si bien con interrogantes sobre las evidencias de su efectividad real. La calidad de las evidencias de mejora es mayor en los modelos más complejos como los programas de mejora de la calidad, el CCM, o los denominados «modelos colaborativos», que incorporan con frecuencia esquemas organizativos de modelos previos (atención escalonada, consulta-enlace, gestión de enfermedades y de casos), aunque también son más numerosos los estudios que reflejan las dificultades para su evaluación. De hecho, solo en el caso de los «modelos colaborativos» se encontraron evidencias favorables de nivel alto, siendo a su vez muy escasos los estudios que refieren evidencias de no mejora (solo dos en el modelo de consulta-enlace).

Las intervenciones analizadas como componentes de los distintos modelos presentan evidencias más contradictorias, principalmente si se llevan a cabo de forma aislada. La formación de los profesionales de AP y la diseminación de GPC son intervenciones presentes en la gran mayoría de los modelos de

colaboración, pero en los casos en que se particulariza el estudio de su efectividad los efectos favorables son limitados, dependiendo del grado de integración con otras actividades. La utilización de cuestionarios de cribado es asimismo controvertida, vinculándose sus efectos positivos a su aplicación en poblaciones de riesgo. Las evidencias de mejora derivadas de intervenciones relacionadas con el desarrollo de sistemas de información, atención telefónica y telepsiquiatría son también limitadas. Además de su especificidad en medios muy concretos como es el caso de la telepsiquiatría, apenas se han encontrado estudios que analicen propiamente la efectividad de su desarrollo práctico. Finalmente, la incorporación de nuevos profesionales y nuevos roles son objeto de numerosos estudios, al menos en seis de ellos con evidencias favorables, mientras que en otros 12 la efectividad es dudosa, e incluso cuestionable en los dos casos referidos a la participación de farmacéuticos. La mayor efectividad se advierte con los gestores de casos/cuidados, generalmente formados en la atención y seguimiento de pacientes con depresión, y también aquí integrados en modelos o experiencias que contemplan diversas intervenciones y cambios organizativos.

Tabla 3. **Síntesis de la calidad de evidencias en modelos de colaboración**

MODELOS	ELEVADA	BAJA	DUDOSA	NO MEJORA
Atención escalonada		Gilbody, 2002 (50)	Kates, 2007 (29) Katon, 2008 (89)	
Consulta-enlace		Butler, 2008 (78)	Bower, 2002b (105) Bower, 2005 (102) Doughty, 2006 (100) Bauer, 2010 (116) van der Feltz–Cornelis, 2010 (88)	Barbui, 2006 (73) Cape, 2010 (68)
Gestión de enfermedades Gestión de casos		Bijl, 2004 (69) (depresión mayor) Neumeyer-Gromen, 2004 (70) Gensichen, 2006 (65) Christensen, 2008a (30)	Weingarten, 2002 (96) Badamgarav, 2003 (90) Lu, 2008 (87)	
Programas de mejora de la calidad BTS		Gilbody, 2002 (50) (corto plazo) Beaudin, 2005 (71) Smit, 2007 (66)	Callahan, 2001 (80) (ancianos) Rost, 2001 (60) Kates, 2007 (29)	
CCM		Tsai, 2005 (91) Williams, 2007 (77) Butler, 2008 (78) Rubenstein, 2009 (79)	Bower, 2002b (105) Ford, 2002 (106) Kates, 2007 (29) Magruder, 2007 (112) McEvoy, 2007 (83) Katon, 2008 (89)	
Modelos colaborativos	Gilbody, 2006 (93) (mayoría EE.UU.)	Anfinson, 2001 (103) (depresión mayor) Bartels, 2002 (81) (ancianos, enfermedades mentales) Gilbody, 2002 (50) Vergouwen, 2003 (97) Bower, 2005 (102) Craven, 2006 (74) (depresión mayor) Skultety, 2006 (82) (ancianos) Smit, 2007 (66) (corto plazo) Smith, 2007 (94) Huang, (86) (ancianos)	Craven, 2002 (99) Oxman, 2005 (53) Adli, 2006 (72) (ancianos) Barbui, 2006 (73) Byrne, 2006 (109) Doughty, 2006 (100) (ancianos, depresión mayor) Gunn, 2006 (75) Thielke, 2007 (113) Vannoy, 2007 (84) Katon, 2008 (89) Lu, 2008 (87) (farmacéuticos) Skultety, 2008 (85) (ancianos, depresión mayor) Meyer, 2009 (114) (EE.UU.) Simon, 2009 (115) Collins, 2010 (31)	

Tabla 4. Síntesis de la calidad de evidencias en intervenciones

INTERVENCIONES	ELEVADA	BAJA	DUDOSA	NO MEJORA
Formación		Anfinson, 2001 (103) (esencial, pero no suficiente)	Bartels, 2002 (81) (ancianos, enfermedades mentales, no suficiente) Gilbody, 2002 (50) Weingarten, 2002 (96) Bower, 2005 (102) (según modalidad) Barbui, 2006 (73) (como parte de formas intensivas de mejora continua) Thielke, 2007 (113) (no suficiente) Vannoy, 2007 (84) (no suficiente) Lu, 2008 (87) (no específico de depresión)	Barbui, 2006 (73) (sola) Smit, 2007 (66) (a largo plazo) Christensen, 2008a (30) (sola) Griffiths, 2008 (117)
Diseminación de GPC		Anfinson, 2001 (103) (esencial, pero no suficiente) Craven, 2006 (74) (junto a intervenciones colaborativas)	Bartels, 2002 (81) (ancianos, enferm mentales) Gilbody, 2002 (50) Barbui, 2006 (73) (como parte de formas intensivas de mejora continua) Thielke, 2007 (113)	Bower, 2005 (102) (sola) Barbui, 2006 (73) (sola) Christensen, 2008a (30) Griffiths, 2008 (117)
Cribado-cuestionarios		Gilbody, 2002 (50) (población de riesgo)	Badamgarav, 2003 (90) Bower, 2006 (92) Kates, 2007 (29) Thielke, 2007 (113) (si diagnóstico correcto, tratamiento y seguimiento) Vannoy, 2007 (84) (no suficiente)	Gilbody, 2002 (50) (población general y cuestionarios de calidad de vida) Barbui, 2006 (73) (solo)
Sistemas de información		Lu, 2008 (87) (a corto plazo, no específico de depresión)		
Atención telefónica		Gilbody, 2002 (50) y 2006 (93)	Doughty, 2006 (100) (+ efectiva si se añade TCC)	
Telepsiquiatría			Hilty, 2002 (107) Hilty, 2006 (76) (zonas rurales) Griffiths, 2008 (117) Meyer, 2009 (114)	
Nuevos profesionales		Gilbody, 2002 (50) Bower, 2006 (92) (con formación en SM)	Oxman, 2005 (53) Kates, 2007 (29) Magruder, 2007 (112) (enfermeras y psicólogos formados)	Christensen, 2008a (30) (farmacéuticos) Griffiths, 2008 (117) (farmacéuticos)
- Gestores de casos/cuidados		Gilbody, 2006 (93) (con formación en SM)	Vannoy, 2007 (84) Griffiths, 2008 (117)	
- Enfermeras psiquiátricas de AP		Williams, 2007 (77) Christensen, 2008a (30) (con formación en SM)	Skultety, 2008 (85) (con experiencia en geriatría) Parrish, 2009 (67) Bower, 2002a (104) Harkness, 2009 (95) Aitken, 2004 (108)	
- Trabajadores de SM		Rubenstein, 2009 (79)		
- Consejeros de SM				

5. DISCUSIÓN

A partir de los resultados del análisis, es posible distinguir dos áreas principales de discusión. La primera responde a la valoración de las características y efectividad de los diferentes modelos de colaboración entre AP y SM en la atención a la depresión. En la segunda se parte de las limitaciones del estudio y se discuten los principales retos metodológicos identificados en el proceso de revisión. En ambos casos se pretende no perder de vista su enfoque pragmático respecto a la aplicabilidad de los hallazgos en nuestros servicios de salud.

5.1. ¿MODELO, MODELOS, O ESTRATEGIAS DE COLABORACIÓN?

Los resultados de la revisión confirman la gran variabilidad existente en la práctica de los modelos e intervenciones colaborativas, y, por tanto, la simplificación que suponen los «modelos conceptuales» respecto de las realidades concretas donde se generan y desarrollan (119). Esta variabilidad, condicionada por las particularidades de los servicios de salud y por las circunstancias de realización de los estudios, imposibilita definir un único modelo de colaboración AP-SM transferible de manera indiscriminada. Los vínculos entre AP y SM tienen lugar en contextos sanitarios concretos y diferentes entre sí. La existencia o no de cobertura universal, el régimen público o privado de la propiedad y gestión de los recursos sanitarios, el grado de coordinación con otros ámbitos no sanitarios y comunitarios, la asignación o no de áreas poblacionales a referentes establecidos de AP, los roles de medicina y enfermería, y el modo de acceso a la atención especializada en general y a SM en particular, son aspectos fundamentales a tener en cuenta en la valoración de los principales modelos e intervenciones de colaboración (31, 74, 124). En la medida en que es menor la precisión de los requisitos y las circunstancias de colaboración de los estudios, más cuestionables resultan el significado y la aplicabilidad de las evidencias.

Con posterioridad al periodo de tiempo fijado para la presente revisión, se han publicado nuevos estudios secundarios (155-162), y en todos ellos se reproduce la procedencia mayoritaria de EE.UU. y la variabilidad mencionada en cuanto al desarrollo de las intervenciones y los agentes implicados. La importancia de lo local se señala asimismo desde las organizaciones internacionales, con especial énfasis en el papel de la AP (3, 24, 163). De ahí, por tanto, que las posibles aplicaciones en nuestro país de las experiencias analizadas requieran tener en cuenta las propuestas pasadas y presentes en el ámbito de la SM (164-167), así como las futuras —y previsiblemente controvertidas— políticas sanitarias a nivel autonómico y estatal.

Una vez constatada la necesidad de evaluar las experiencias en contextos ajenos sin perder de vista las peculiaridades propias, los hallazgos del presente estudio permiten asimismo identificar determinados aspectos que deberían ser considerados en los diseños de estrategias de colaboración AP-SM en la atención a la depresión también en nuestro medio.

- *La colaboración es más efectiva cuando comprende la gestión integrada de distintas intervenciones.* Las evidencias favorables son mayores en los modelos caracterizados como más complejos —principalmente el CCM y los «modelos colaborativos»—, aunque su gradación sea modesta y no resulte posible identificar patrones de efectividad probada en la combinación de intervenciones. Las últimas revisiones confirman la importancia del enfoque multiprofesional en la atención al paciente y la necesidad de planes de gestión, seguimiento de los pacientes y potenciación de la comunicación interprofesional, como componentes clave de dichos modelos colaborativos (75, 159). Sin embargo, los planes de gestión evaluados incorporan con frecuencia elementos de otros modelos (121, 160) como la atención escalonada (29), la gestión de casos/cuidados (53, 77, 79, 93), o el apoyo a la educación y autogestión de los pacientes en el caso del CCM (29, 91). Y en cuanto a la comunicación interprofesional, las actividades de formación y de difusión/diseminación de GPC representan las intervenciones más frecuentemente implementadas, aunque también las más cuestionadas cuando se llevan a cabo de manera aislada (30, 50, 73, 81, 102, 103, 113, 117, 168). En consecuencia, las estrate-

gias de colaboración AP-SM deberían orientarse a la integración de intervenciones diversas a sabiendas de que sus efectos tienden a solaparse y a complementarse mutuamente. Ello exige atender en su diseño y evaluación, no solo al desarrollo efectivo de cada componente, sino también a las condiciones y requisitos de la propia gestión integradora (156, 158).

- *La integración colaborativa de diferentes agentes e intervenciones conlleva la necesidad de precisar el significado de los términos y el léxico a utilizar.* En este sentido nuestros resultados vienen a reforzar lo señalado desde la Canadian Collaborative Mental Health Initiative (169) o la Collaborative Care Research Network (170). En la medida en que se analizan múltiples intervenciones y agentes en distintos contextos, se requiere un especial esfuerzo de clarificación de términos y de léxico compartido. El ejemplo quizás más llamativo es el de la denominación genérica de «atención colaborativa» o *collaborative care*. Tal y como se ha constatado en la presente revisión, la variedad de experiencias e intervenciones que se presentan bajo dicha denominación es más la norma que la excepción en los estudios secundarios analizados. Aún teniendo en cuenta su frecuente vinculación con el CCM —la cual se mantiene en publicaciones más recientes procedentes principalmente de EE.UU. (160, 171, 172)—, la variabilidad en la aplicación de sus diferentes componentes dificulta sobremanera la identificación y la evaluación de lo que realmente funciona o no funciona (92, 132, 155, 158). La confusión conceptual no queda resuelta con la reducción en el número de componentes en algunas de las nuevas revisiones publicadas (159-161), sino que requiere una definición más precisa de las actividades que se llevan a cabo. Así, en lo que respecta a la implantación de gestores de casos/cuidados como elemento básico de los modelos colaborativos (160, 171-173), no debería olvidarse la diversidad de profesiones, nivel de formación y condiciones laborales de dichas figuras, y, por tanto, la dificultad de evaluar sus tareas (30, 85, 92, 93, 112, 157, 158, 160; 174). En este sentido, resulta difícil concluir si las evidencias de mejora derivadas de su intervención son debidas a la figura como tal o a las funciones de seguimiento, coordinación y responsabilidad continuada que desarrollan. La definición y evaluación de funciones resulta sin duda más laboriosa que identificar la presencia/ausencia de un nuevo profesional, sobre todo cuando en las dinámicas de colaboración e integración surgen efectos nuevos no presentes en cada componente de forma aislada (175). Pero en la asistencia a la depresión en AP esa diferenciación resulta imprescindible, especialmente si tenemos en cuenta la responsabilidad de los propios profesionales de AP (medicina de familia y enfermería) en la continuidad de la atención integral del paciente —incluidos los trastornos depresivos— y la importancia de evitar el riesgo de su fragmentación (176, 177).
- *Las estrategias colaborativas deben contemplar el largo plazo en su implementación y evaluación.* Una de las principales limitaciones de las evidencias encontradas es la falta de mantenimiento de las mejoras a largo plazo, resultando excepcionales a partir del segundo año. Limitación asimismo subrayada en algunas de las más recientes publicaciones (156, 158, 159) y que parece estar condicionada al menos por dos factores. Por un lado, el carácter de «estudios de investigación» conlleva, en general, la asignación de recursos extra que tienden a desaparecer una vez finalizado el estudio, disipándose asimismo las posibles mejoras conseguidas durante su implementación. Y por otro, la sostenibilidad a largo plazo de las estrategias de colaboración requiere la implicación mantenida tanto de la gestión como de los profesionales (71, 79, 155, 157). Si bien la evaluación de la eficiencia no constituye un objetivo específico de la presente revisión, la consideración de los efectos a largo plazo resulta imprescindible también en la evaluación de los costes, especialmente si tenemos en cuenta lo controvertido de las evidencias publicadas y las tensiones en su aplicabilidad (86, 115, 172, 178, 179). Los retos no son fáciles de resolver. Las políticas sanitarias se ven con frecuencia condicionadas por las presiones a corto plazo de los grupos interesados, mientras que la colaboración entre niveles asistenciales a largo plazo exige compromisos estables y consensuados (142, 180, 181). Además, es necesario «bajar» al terreno concreto de las interrelaciones entre servicios, estamentos y especialidades, teniendo en cuenta sus «culturas» y trayectorias, para identificar las prácticas colaborativas

compatibles con la práctica diaria (23, 155, 157, 180, 182), a sabiendas de que no siempre la colaboración entre niveles asistenciales constituye una demanda prioritaria por parte de los pacientes o usuarios de los servicios de salud (183).

5.2. LIMITACIONES Y RETOS METODOLÓGICOS

Las particularidades del objeto y del proceso de revisión han conllevado una serie de limitaciones y retos metodológicos que consideramos importante señalar. Las revisiones de estudios secundarios (también denominadas meta-revisiones y *overviews*) favorecen la accesibilidad y el análisis de la evidencia respecto de un determinado tema dado su mayor nivel de agregación, lo cual resulta especialmente útil cuando la finalidad es principalmente pragmática. Pero a su vez conllevan el riesgo de acumular los sesgos y carencias de las revisiones previas (41), como puede ocurrir en este caso con las limitaciones derivadas de la insuficiente definición de depresión, o la ya comentada variabilidad de contextos sanitarios y países, con una mayoritaria presencia de estudios procedentes de EE.UU.

Las consecuencias de las imprecisiones en la definición de la depresión son importantes, sobre todo en la vinculación de la efectividad de las intervenciones a la mayor adherencia al tratamiento farmacológico (30, 65, 77, 79, 93, 97, 184). Las particularidades de la depresión como problema de salud y sus dificultades diagnósticas y clasificatorias sobrepasan el objeto del presente trabajo, pero al menos cabe señalar dos aspectos a tener en cuenta:

- a) Las diferencias sustanciales entre la depresión y otros problemas de salud en los que el referente biológico está más presente y es más fácilmente medible, y en los que las manifestaciones clínicas, evolución y respuesta a los tratamientos dependen menos de las circunstancias biográficas, culturales y sociales del paciente (25, 185, 186).
- b) Las dificultades derivadas de la pluralidad de sistemas clasificatorios vigentes y reconocidos a nivel internacional (DSM, CIE, CIAP) cuyo origen y sucesivas versiones no pueden desvincularse de sus circunstancias históricas e intereses involucrados (186, 187).

Asimismo, las repercusiones metodológicas de la variabilidad contextual cobran especial importancia en la evaluación de «intervenciones complejas» como la colaboración AP-SM (188-190). Cuando se pretende evaluar la efectividad de modelos e intervenciones organizativas para su implementación «normalizada» en la práctica clínica, deben tenerse en cuenta no solo los procesos «exógenos», sino también los procesos «endógenos» en los que intervienen la interacción, la confianza y la complicidad entre los profesionales involucrados, y entre estos y los pacientes (191). En nuestro caso las carencias informativas y la heterogeneidad afectan tanto a las intervenciones como a la «atención habitual» con que se comparan (30, 79, 93, 94). Es decir, no se trata solo de la cuestionable aplicabilidad de evidencias generadas en otros sistemas sanitarios (192), sino que además, en la medida en que las intervenciones actúan en niveles más alejados de la acción clínica concreta, sus efectos en los pacientes se hacen menos lineales (193). Por ello, adquiere una gran trascendencia conocer además del «qué», las circunstancias acerca de «quién», «dónde», «cómo» y «por qué» (189).

Por otro lado, la complejidad del objeto de estudio afecta al propio proceso y metodología de revisión. Las propuestas publicadas en la literatura respecto a las revisiones sistemáticas de intervenciones complejas se han orientado, bien a la necesidad de ampliar el campo de búsqueda, definir mejor las intervenciones e incorporar evidencias complementarias (cualitativas), o bien a cuestionar el modelo tradicional de revisión sistemática proponiendo enfoques más dinámicos y teóricos (37, 38, 189, 194, 195). En la presente revisión resultó también necesaria la consulta iterativa de estudios primarios y publicaciones institucionales identificados en la primera fase de la búsqueda, así como la inclusión de estudios secundarios y revisiones no sistemáticas que incorporaban información narrativa de importancia para la comprensión de los modelos e intervenciones. No obstante, la insuficiente adecuación de

los instrumentos y estándares habituales a los requisitos de las intervenciones complejas (118) también afecta a las revisiones de estudios secundarios (41). En consecuencia, los resultados de la utilización de la herramienta AMSTAR deben ser interpretados con prudencia ya que su diseño está originalmente orientado a la evaluación de las revisiones sistemáticas y metaanálisis, y no recoge las particularidades contextuales y de proceso de este tipo de intervenciones. Asimismo, y tal y como se explicó en su momento, la ordenación resumida de los distintos modelos e intervenciones conforme a grados de evidencia resulta necesariamente aproximativa.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente revisión aporta también en este campo una experiencia a considerar en las evaluaciones y revisiones sistemáticas relativas a modelos de colaboración, no solo entre AP y SM. Las dificultades y los retos señalados a propósito de la búsqueda, análisis y síntesis de las evidencias precisan de marcos teóricos y herramientas metodológicas que se correspondan mejor con la naturaleza compleja de las estrategias colaborativas, y nos prevengan de los errores que pueden derivarse de la aplicación precipitada de modelos insuficientemente evaluados en nuestros servicios de salud.

6. CONCLUSIONES

- Los principales modelos de colaboración AP-SM analizados en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión —atención escalonada, consulta-enlace, gestión de enfermedades y gestión de casos, programas de mejora de calidad, *chronic care model* y «modelos de atención colaborativa»— presentan frecuentes solapamientos entre sí. Los modelos más complejos incorporan componentes de otros más fáciles de definir y no existe una correspondencia lineal entre los modelos y las intervenciones que llevan a cabo.
- El diseño, funcionamiento y evaluación de los modelos e intervenciones no pueden desvincularse de las dinámicas organizativas de los profesionales y servicios, y de las políticas de provisión, financiación y planificación sanitaria en los diferentes contextos. La mayoría de los estudios secundarios publicados y revisados procede de EE.UU. y, en menor medida, de Reino Unido, Australia, Canadá y otros países.
- La información sobre los trastornos depresivos y las poblaciones objeto de las intervenciones es heterogénea y con frecuencia insuficiente. La variabilidad y carencias metodológicas constatadas en gran parte de los estudios secundarios son asimismo importantes, sin apenas evaluación de resultados a largo plazo. La calidad de las evidencias sobre la efectividad de los diferentes modelos e intervenciones es en general baja o dudosa, y su significado y aplicabilidad son menores cuanto menos precisa es la definición de los componentes, procesos y circunstancias de su implementación.
- Las experiencias de colaboración más efectivas son aquellas que integran intervenciones orientadas a favorecer la responsabilidad de los distintos profesionales en el tratamiento y seguimiento del paciente, rediseños y apoyo mantenido de la gestión, e información y comunicación compartidas. Los efectos de intervenciones como la formación, la diseminación de GPC y la incorporación de nuevos roles o nuevos profesionales son más favorables cuando forman parte de dichos modelos o estrategias integradoras.
- Las herramientas tradicionales de revisión sistemática resultan limitadas en la evaluación de la efectividad de intervenciones complejas como la colaboración AP-SM en la atención a la depresión. En general no son suficientemente identificados y evaluados los efectos derivados de los contextos sanitarios y de gestión, los componentes dinámicos de interacción de los procesos colaborativos, ni las diferencias entre las condiciones de investigación y la práctica asistencial cotidiana. Las limitaciones afectan también a los criterios metodológicos de selección y gradación de evidencias, así como a la incorporación de las aportaciones teóricas y explicativas necesarias para su correcta comprensión y mejora.

7. RECOMENDACIONES

- Ante la carencia de un modelo extrapolable y con sólidas evidencias, deberían promoverse estrategias de colaboración AP-SM en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión que fueran evaluables y adecuadas a cada contexto, evitando la aplicación precipitada de propuestas estándar.
- Dichas estrategias de colaboración requieren de diseños de mejora y evaluación que tengan en cuenta la integración de intervenciones y funciones de efectividad probada. Ello exige atender no solo al desarrollo efectivo de cada componente, sino también a las condiciones de la propia gestión integradora.
- Entre las intervenciones a promover deberían priorizarse aquellas que favorezcan una mayor implicación de los profesionales en el tratamiento y seguimiento de los pacientes, la incorporación de cambios en la gestión orientados a incentivar la colaboración interprofesional, y el desarrollo de la comunicación y el intercambio de información entre niveles asistenciales.
- Las actividades de diseminación de GPC y formación de los profesionales de AP para mejorar la calidad de la asistencia han de ser incorporadas y diseñadas como parte de las estrategias de colaboración AP-SM en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión.
- La integración y el desarrollo coherente de intervenciones de mejora de la colaboración AP-SM en la atención a la depresión requieren de compromisos a largo plazo. Para ello han de formar parte estable y consensuada de las políticas sanitarias, y también del ámbito concreto de las interrelaciones entre profesionales de diferentes disciplinas y niveles asistenciales.
- La depresión como problema de salud presenta particularidades y dificultades propias en su definición, clasificación diagnóstica y tratamiento, que no deberían ser obviadas en el diseño y evaluación de las estrategias de colaboración AP-SM.
- La complejidad de las estrategias e intervenciones de colaboración AP-SM en la atención a la depresión, conlleva la necesidad de precisar el significado de los términos y el léxico a utilizar en su definición y evaluación.
- Las herramientas y enfoques metodológicos de revisión y evaluación de dichas estrategias e intervenciones deben corresponderse asimismo con su naturaleza compleja, tanto en cuanto a la pluralidad y gradación de las evidencias como en la incorporación y generación de teorías que ayuden a explicar y mejorar de manera efectiva las realidades de partida en la colaboración AP-SM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370(9590): 851-8.
2. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. *Epidemiol Rev*. 2008; 30: 1-14.
3. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. Ginebra, Suiza. WHO Press. 2009.
4. Ezquiaga E, García A, Huerta R, Pico A. Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137(13): 612-5.
5. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12): 445-51.
6. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatr*. 2008; 192(5): 362-367.
7. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García Campayo J et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009; 119(1-3):52-58.
8. Grandes G, Montoya I, Arietaleanizbeaskoa MS, Arce V, Sánchez A, MASgroup. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2011; 26(7): 428-35.
9. INFAC. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. *INFAC* 2002; 10(2).
10. Ortiz A, Lozano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria*. 2005; 35(3): 152-5.
11. Aragonès E, Pinol JL, Labad A. The over-diagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract*. 2006; 23(3): 363-8.
12. Serna C, Galván L, Gascó E, Santafé P, Martín E, Vila T. Evolución en el consumo de antidepresivos durante los años 2002 a 2004. *Aten Primaria*. 2006; 38(8): 456-60.
13. Fernández A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M, Autonell J et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord*. 2006; 96(1-2): 9-20.
14. Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Díez-Manrique JF, Vazquez-Barquero J. Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde Atención Primaria a Salud Mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000; 28(1): 13-21.
15. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Fam Pract*. 2002; 19(1): 45-52.
16. Tylee A, Haddad M. Managing complex problems: treatment for common mental disorders in the UK. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2007; 16(4): 302-8.
17. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Reino Unido: World Health Organization, de parte del European Observatory on Health Systems and Policies. *Observatory Studies Series N° 20*. 2010.
18. Henke RM, Mcguire TG, Zaslavsky AM, Ford DE, Meredith LS, Arbelaez JJ. Clinician- and organization-level factors in the adoption of evidence-based care for depression in primary care. *Health Care Manage. Rev* 2008; 33(4): 289-99.
19. Miranda I, Peñarrubia M, García I, Caramès E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria*. 2003; 32(9): 524-30.
20. Ortiz A, González GR, Rodríguez SF. La derivación a salud mental de pacientes sin

- un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006; 38(10): 563-9.
21. Ciurana R. La coordinación con los servicios de salud mental. Un tema pendiente, manifiestamente mejorable. *Aten Primaria*. 2009; 41(3):1 57-8.
 22. Téllez JM, Cerecedo MJ, Pascual P, Buitrago F. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Aten Primaria*. 2005; 35(2): 61-3.
 23. Calderón C, Retolaza A, Bacigalupe A, Payo J, Grandes G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria*. 2009; 41(1): 33-40.
 24. Funk M, Ivbijaro G, Saraceno B, Feeman M, Epping-Jordan JA, Faicli E et al. Integrating mental health into primary care. A global perspective. Singapur: WHO Press. 2008.
 25. Maxwell M, Pratt R. Prevention and management of depression in primary care in Europe: a holistic model of care and interventions position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*. 2008; 16(3): 187-96.
 26. Katon W, Unützer J. Collaborative Care Models for Depression: time to move from evidence to practice. *Arch Intern Me*. 2006; 166: 2301-3.
 27. Simon G. Collaborative care for depression. *BMJ*. 2006; 332: 249-50.
 28. Hedrick SC, Chaney EF, Felker B, Liu C, Hasenberg N, Heagerty P et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *J Gen Intern Med*. 2003; 18(1):9-16.
 29. Kates N, Mach M. Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. *Can J Psychiatry*. 2007; 52(2):77-85.
 30. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract*. 2008; 9:25.
 31. Collins C, Hewson D, Munger R, Wade T. *Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care*. Nueva York: Milbank Memorial Fund. 2010.
 32. HTA 101. *Glossary*. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology (NICHSR). 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta101014.html>.
 33. Higgins J, Green S, (EDITORES). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions 5.1.0*. Chichester, Inglaterra: The Cochrane Collaboration. 2008.
 34. Puddy RW, Wilkins N. *Understanding Evidence Part 1: Best Available Research Evidence. A Guide to the Continuum of Evidence of Effectiveness*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. 2011.
 35. Dicenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs*. 2009; 12(4): 99-101.
 36. Robeson P, Dobbins M, Decorby K, Tirilis D. Facilitating access to pre-processed research evidence in public health. *BMC Public Health*. 2010; 10: 95.
 37. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10(Suppl 1): 6-20.
 38. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. *J Health Serv Res*. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions-. *Policy* 2005; 10(Suppl 1): 21-34.

39. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M et al. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. A product from the ESRC Methods Programme. Lancaster: Lancaster University. 2006.
40. West S, King V, Carey TS, Lohr KN, McKoy N, Sutton SF et al. Systems to Rate the Strength of Scientific Evidence. Evidence Report/Technology Assessment No. 47 (Preparado por el Research Triangle Institute–University of North Carolina Evidence-based Practice Center con Contrato N° 290-97-0011). AHRQ Publication N° 02-E016. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2002.
41. Whitlock EP, Lin JS, Chou R, Shekelle P, Robinson KA. Using existing systematic reviews in complex systematic reviews. *Ann Intern Med.* 2008; 148(10): 776-82.
42. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology.* 2007; 7:10.
43. Shea BJ, Bouter LM, Peterson J, Boers M, Andersson N, Ortiz Z et al. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). *PLoS One.* 2007; 2(12): e1350.
44. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristiansson E, Grimshaw J et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2009; 62(10): 1013-20.
45. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Methods for Development. CADTH. 2013. Disponible en: <http://www.cadth.ca/en/resources/rx-for-change/methods-for-development>.
46. Oxman AD. Checklists for review articles. *BMJ.* 1994; 309(6955): 648-51.
47. Lohr KN. Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs. *Int J Qual Health Care.* 2004; 16(1): 9-18.
48. Barrientos X, Fritsch R, Solís J, Rojas G. Tratamiento de la depresión en la atención primaria. *Rev psiquiatr clin. (Santiago de Chile)* 2005; 42(1): 49-59.
49. Agius M, Murphy CL, Zaman R. Does shared care help in the treatment of depression? *Psychiatria Danubina.* 2010; 22:S18-S22.
50. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care.* 2002; 7(5).
51. Gilbody SM, Whitty PM, Grimshaw JM, Thomas RE. Improving the detection and management of depression in primary care. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12(2): 149-55.
52. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA.* 2003; 289(23): 3145-51.
53. Oxman TE, Dietrich AJ, Schulberg HC. Evidence-based models of integrated management of depression in primary care. *Psychiatric Clinics of North America.* 2005; 28(4): 1.061-77.
54. Oxman TE, Dietrich AJ, Schulberg HC. The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2003; 11(5): 507-16.
55. Druss BG. The mental health/primary care interface in the United States: history, structure, and context. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002; 24(4): 197-202.
56. Katon W, Unützer J, Wells K, Jones L. Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010; 32(5):456-64.

57. Peters AH, De Leeuw RJ, Schrijvers GJ. Integrating care for people with depression: developments in the Netherlands. *Int J Integr Care*. 2010; 10: e62.
58. Wulsin LR, Sollner W, Pincus HA. Models of Integrated Care. *Medical Clinics of North America*. 2006; 90(4): 647-77.
59. Mauer BJ, Druss BG. Mind and body reunited: improving care at the behavioral and primary healthcare interface. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2010; 37(4): 529-42.
60. Rost KM, Duan N, Rubenstein LV, Ford DE, Sherbourne CD, Meredith LS et al. The Quality Improvement for Depression collaboration: general analytic strategies for a coordinated study of quality improvement in depression care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001; 23(5): 239-53.
61. Belnap BH, Kuebler J, Upshur C, Kerber K, Mockrin DR, Kilbourne AM et al. Challenges of implementing depression care management in the primary care setting. *Adm Policy Ment Health*. 2006; 33(1): 65-75.
62. Higgins MJ, Lacy TJ. The role of psychiatry in U.S. Air Force primary care: research-based models for clinical consultation and education. *Military Medicine*. 2006; 171(11): 1117-22.
63. Bassilios B, Pirkis J, Fletcher J, Burgess P, Gurrin L, King K et al. The complementarity of two major Australian primary mental health care initiatives. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010; 44(11): 997-1004.
64. Blount A. Integrated Primary Care: Organizing the Evidence. *Families, Systems & Health*. 2003; 21(2): 121-33.
65. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med*. 2006; 36(1): 7-14.
66. Smit A, Tiemens BG, Ormel J. Improving long-term outcome of depression in primary care: A review of RCTs with psychological and supportive interventions. *Eur J Psychiatry*. 2007; 21(1): 37-48.
67. Parrish E, Peden A. Clinical outcomes of depressed clients: a review of current literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2009; 30(1): 51-60.
68. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32(3): 246-54.
69. Bijl D, Van marwijk HW, De Haan M, van Tilburg W, Beeckman AJ. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2004; 10(1): 6-12.
70. Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care*. 2004; 42(12): 1211-21.
71. Beaudin CL, Kramer TL. Evaluation and treatment of depression in managed care (part II) quality improvement programs. *Disease Management and Health Outcomes*. 2005; 13(5): 307-16.
72. Adli M, Bauer M, Rush AJ. Algorithms and collaborative-care systems for depression: are they effective and why? A systematic review. *Biological Psychiatry*. 2006; 59(11): 1029-38.
73. Barbui C, Tansella M. Identification and management of depression in primary care settings. A meta-review of evidence. *Epidemiol Psichiatri Soc*. 2006; 15(4): 276-83.
74. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(6 Suppl 1): 7S-72S.
75. Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashki G. A systematic review of complex system in-

- terventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:88.
76. Hilty DM, Yellowlees PM, Cobb HC, Bourgeois JA, Neufeld JD, Nesbitt TS. Models of telepsychiatric consultation-liaison service to rural primary care. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry.* 2006; 47(2): 152-7.
 77. Williams JW Jr., Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007; 29(2): 91-116.
 78. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, SFu S, Hagedorn M et al. Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care. Evidence Report/Technology Assessment No. 173 (Preparado por el Minnesota Evidence-based Practice Center con Contrato N° 290-02-0009). AHRQ Publication N° 09-E003. Minnesota Evidence-based Practice Center. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2008.
 79. Rubenstein LV, Williams JW Jr., Danz M, Shekelle P. Determining key features of effective depression interventions. Los Angeles. 2009.
 80. Callahan CM. Quality improvement research on late life depression in primary care. *Med Care.* 2001; 39(8): 772-84.
 81. Bartels SJ, Dums AR, Oxman TE, Schneider LS, Arean PA, Alexopoulos GS et al. Evidence-based practices in geriatric mental health care. *Psychiatric Services.* 2002; 53(11): 1419-31.
 82. Skultety KM, Zeiss A. The treatment of depression in older adults in the primary care setting: An evidence-based review. *Health Psychology.* 2006; 25(6): 665-74.
 83. Mcevoy P, Barnes P. Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007; 14(3): 233-8.
 84. Vannoy S, Powers D, Unützer J. Models of care for treating late-life depression in primary care. *Aging Health.* 2007; 3(1): 67-75.
 85. Skultety KM, Rodriguez RL. Treating geriatric depression in primary care. *Curr Psychiatry Rep.* 2008; 10(1): 44-50.
 86. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Yuan Z, Yu-Sheng P, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. *J Investig Med.* 2009; 57(2): 446-55.
 87. Lu CY, Ross-Degnan D, Soumerai SB, Pearson S-A. Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: A critical review of the literature- 2001-2007. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8: Article Number: 75.
 88. Van Der Feltz-Cornelis CM, Van Os TWDP, Van Marwijk HWJ, Leentjens AFG. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Psychosomatic Research.* 2010; 68(6): 521-33.
 89. Katon WJ, Seelig M. Population-based care of depression: Team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2008; 50(4): 459-67.
 90. Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr. et al. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am J Psychiatry.* 2003; 160(12): 2080-90.
 91. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care.* 2005; 11(8): 478-88.
 92. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depres-

- sion in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*. 2006; 189: 484-93.
93. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006; 166(21): 2314-21.
 94. Smith SM, Allwright S, O'dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3): CD004910.
 95. Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (1): CD000532.
 96. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr. et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness - Which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002; 325(7370): 925-8.
 97. Vergouwen ACM, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: A systematic review of interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003; 64(12): 1415-20.
 98. Hall J, Callaghan P. Developments in managing mental health care: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*. 2008; 29(12): 1245-72.
 99. Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2002; 47(2:Suppl 1): Suppl-viiiS.
 100. Doughty C. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting. *NZHTA Technical Brief*. 2006; 5(1).
 101. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A. Plenty of activity but little outcome data: a review of the «grey literature» on primary care anxiety and depression programs in Australia. *The Medical journal of Australia*. 2008; 188(12 Suppl): S103-S106.
 102. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005; 330(7495): 839-42.
 103. Anfinson TJ, Bona JR. A health services perspective on delivery of psychiatric services in primary care including internal medicine. *Med Clin North Am*. 2001; 85(3): 597-616.
 104. Bower P. Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *Br J Gen Pract*. 2002; 52(484): 926-33.
 105. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002; 24(2): 63-70.
 106. Ford DE, Pincus HA, Unützer J, Bauer MS, González JJ, Wells KP. Practice-based interventions. *Mental Health Services Research*. 2002; 4(4): 199-204, 2002.
 107. Hilty DM, Luo JS, Morache C, Marcelo DA, Nesbitt TS. Telepsychiatry: An overview for psychiatrists. *CNS Drugs*. 2002; 16(8): 527-48.
 108. Aitken JB, Curtis R. Integrated Health Care: Improving Client Care while Providing Opportunities for Mental Health Counselors. *Journal of Mental Health Counseling*. 2004; 26(4): 321-31.
 109. Byrne N, Regan C, Livingston G. Adherence to treatment in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19(1): 44-9.
 110. Katon WJ, Zatzick D, Bond G, Williams JJ. Dissemination of Evidence-Based Mental Health Interventions: Importance to the

- Trauma Field. *Journal of Traumatic Stress*. 2006; 19(5): 611-23.
111. Berardi D, Bortolotti B, Menchetti M, Bombi A, Tarricone I. Models of collaboration between general practice and mental health services in Italy. *Eur J Psychiatr*. 2007; 21(1): 79-84.
 112. Magruder KM, Yeager DE. Mental health problems in primary care: Progress in North America. *Eur J Psychiatry*. 2007; 21(1): 55-61.
 113. Thielke S, Vannoy S, Unützer J. Integrating mental health and primary care. *Prim Care*. 2007; 34(3): 571-92, vii.
 114. Meyer F, Peteet J, Joseph R. Models of care for co-occurring mental and medical disorders. *Harvard Review of Psychiatry*. 2009; 17(6): 353-60.
 115. Simon G. Collaborative care for mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22(1): 37-41.
 116. Bauer AM, Fielke K, Brayley J, Araya M, Alem A, Frinkel BL, Fricchione GL. Tackling the global mental health challenge: A psychosomatic Medicine/consultation-liaison psychiatry perspective. *Psychosomatics*. 2010; 51(3): 185-93.
 117. Griffiths KM, Christensen H. Depression in primary health care: from evidence to policy. *The Medical journal of Australia*. 2008; 188(8 Suppl): S81-S83.
 118. Glasziou P, Chalmers I, Altman DG, Bastian H, Bouillon I, Brice A et al. Taking healthcare interventions from trial to practice. *BMJ* 2010; 341(7769): 384-7.
 119. Bower P, Gilbody S. Models of care for depression. En *Depression in primary care. Evidence and practice* (Gilbody S, Bower P, editores). Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p 17-29.
 120. Mauer B. Behavioral Health/Primary Care Integration. The Four Quadrant Model and evidence-based practices. National Council for Community Behavioral Healthcare. 2006.
 121. Gask L, Khanna T. Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. *Br J Psychiatry*. 2011. 198 supl.1-6: 3-5.
 122. National Collaborating Centre For Mental Health. Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (updated edition). Leicester y Londres: The British Psychological Society y The Royal College of Psychiatrists. 2010.
 123. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:6-11.
 124. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Frages L et al. Systematic review on service linkages in primary mental health care: informing Australian policy and practice. Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute (APHCRI). 2009.
 125. Care Continuum Alliance (CCA). *Definition of disease management*. CCA 2013. Disponible en: http://www.carecontinuumalliance.org/dm_definition.asp
 126. Case Management Society OF America (CMSA). What is a case manager? CMSA 2012. Disponible en: <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>.
 127. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención a la salud: la gestión de enfermedades y los indicadores de actividad. En *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica a la academia, ida y vuelta* (Ortún V, editor). Barcelona: Masson. 2003.
 128. Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management. What it is and how it can best be implemented. Londres: The King's Fund. 2011.

129. Gérvas J. La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. *Semergen*. 2005; 31(8): 370-4.
130. Meneu DE Guillerna R. Experiencias de integración clínica: equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando sólo existen enfermos. En *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance* (Ibern P, editor). Barcelona: Masson. 2005,
131. Mittman BS. Creating the evidence base for quality improvement collaboratives. *Annals of Internal Medicine*. 2004; 140(11): 897-901.
132. Schouten LM, Hulscher ME, Van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ*. 2008; 336(7659): 1491-4.
133. Solberg LI. If you've seen one quality improvement collaborative. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3(3): 198-9.
134. Nease DE, Jr., Nutting PA, Dickinson WP, Bonham AJ, Graham DG, Gallagher KM et al. Inducing sustainable improvement in depression care in primary care practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008; 34(5): 247-55.
135. Franx G, Meeuwissen JA, Sinnema H, Spijker J, Huyser J, Wensing M et al. Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. *Int J Integr Car*. 2009; 9: e84.
136. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996; 74(4):511-44.
137. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality & Safety in Health Care*. 2004; 13(4): 299-305.
138. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*. 2009; 28(1): 75-85.
139. Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Dpto. de Sanidad y Consumo (EDITOR). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. 2010.
140. Scott J. Depression should be managed like a chronic disease. *BMJ*. 2006; 332: 985-6.
141. Tylee A, Walters P. We need a chronic disease management model for depression in primary care. *Br J Gen Pract*. 2007; 57(538): 348-9.
142. Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving chronic disease management. *An Anglo-American exchange*. Londres: King's Fund. 2007.
143. Burton C, Maxwell M. Depression as chronic disease. *Br J Gen Pract*. 2007; 57(540): 582.
144. Gérvas J. El Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model). ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene? *Salud*. 2000 2010; 128: 12.
145. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004; 82(4): 581-629.
146. Macmillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2005; 172(1): 33-5.
147. Grupo De Trabajo Sobre El Manejo De La Depresión Mayor En El Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t), 2008. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t Nº 2006/06*.
148. U.S.Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation

- statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151(11): 784-92.
149. García-Herrera JM, Noguerras V, Muñoz F, Morales JM. Tratamiento de la depresión en atención primaria. Guía de práctica clínica. Málaga: Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario «Carlos Haya». 2011.
 150. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009; 374(9690): 609-19.
 151. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G et al. Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. *Psychiatric Services.* 2011 62(2): 152-61.
 152. Thombs B, Coyne J, Cuijpers P, de Jonge P, Gibody S, Loannidis JP et al. Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *CMAJ.* 2012; 184(4): 413-8.
 153. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. What about telepsychiatry? A systematic review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2010; 12(2).
 154. Von Korff M, Goldberg D. *Improving outcomes in depression.* *BMJ.* 2001; 323(7319): 948-9.
 155. Butler M, Kane RL, Mcalpine D, Kathol R, Fu SS, Hagedorn H et al. Does integrated care improve treatment for depression? A systematic review. *Journal of Ambulatory Care Management.* 2011; 34(2): 113-25.
 156. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 72.
 157. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 66.
 158. Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *Int J Ment Health Syst.* 2011; 5(1): 31.
 159. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (10): CD006525.
 160. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2012; 42(5): 525-38.
 161. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kibourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2012; 169(8): 790-804.
 162. Beekman AT, Van Der feltz-Cornelis C, Van Marwijk HW. Enhanced care for depression. *Curr Opin Psychiatry.* 2013; 26(1): 7-12.
 163. Comisión De Las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas. 2005.
 164. Espino A. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Toledo. 2006.
 165. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2007.
 166. Consejo Asesor De Salud Mental De Euskadi. Estrategia en salud mental de la CAPV. ESM. 2010. Vitoria-Gasteiz. 2010.
 167. Junta De Andalucía. Consejería De Salud. La salud mental en las Comunidades Autónomas. Junta de Andalucía 2013. Disponible en: <http://www.1decada4.es/volva>

- [mosapensar/eliminarstigma/avancesinst/espana/Co_autonomas_SM.pdf](http://mosapensar/eliminarestigma/avancesinst/espana/Co_autonomas_SM.pdf).
168. Sikorski C, Luppá M, König HH, van den Bussche H, Riedel-Heller SG. Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12(1): 10.
 169. Macfarlane D. Current State of Collaborative Mental Health Care. Mississauga, ON: Canadian Collaborative Mental Health Initiative. 2005.
 170. Miller BF, Kessler R, Peek CJ, Kallenberg GA. A National Agenda for Research in Collaborative Care: Papers From the Collaborative Care Research Network Research Development Conference. AHRQ Publication No. 11-0067. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2011.
 171. Community Preventive Services Task Force. Recommendation from the community preventive services task force for use of collaborative care for the management of depressive disorders. *Am J Prev Med.* 2012; 42(5): 521-4.
 172. Jacob V, Chattopadhyay SK, Sipe TA, Thota AB, Byard GJ, Chapman DP. Economics of collaborative care for management of depressive disorders: a community guide systematic review. *Am J Prev Med.* 2012; 42(5): 539-49.
 173. Gilbody S. Collaborative care. En *Depression in primary care. Evidence and practice* (Gilbody S, Bower P, editores). Cambridge: Cambridge University Press; 2011, p 87-101.
 174. Byng R, Norman I, Redfern S, Jones R. Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health: case study of a process evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8(274).
 175. Shaw S, Rosen R., Rumbold B. What is integrated care? Londres: Nuffield Trust. 2011.
 176. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract.* 2001; 51(465): 303-9.
 177. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit.* 2012; 26(Suppl 1):20-6.
 178. Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: systematic review of randomised economic evaluations. *Br J Psychiatry.* 2006; 189: 297-308.
 179. Bower P, Gilbody S. Making it happen. En *Depression in primary care. Evidence and practice* (Gilbody S, Bower P, editores). Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p 117-126.
 180. Pautler K. Annotated Bibliography of Collaborative Mental Health Care. Mississauga, ON: Canadian Collaborative Mental Health Initiative. 2005.
 181. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly.* 2009; 13: Spec-23.
 182. Balagué I, Calderón C, Retolaza A, Bacigalupe de la Hesa A, Payo J, Mosquera I. Los «otros profesionales» en la atención a personas con depresión: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. *Index Enferm.* 2013; 22(1-2): 35-9.
 183. Calderón C, Retolaza A, Payo J. Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. *Aten Primaria.* 2012; 44(10): 595-602.
 184. Ortiz A, Ibáñez V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85(6): 513-23.
 185. Thomas-Maclean R, Stoppard J, Miedema BB, Tatemichi S. Diagnosing depression: there is no blood test. *Can Fam Physician.* 2005; 51: 1102-3.

186. Dowrick C. *Beyond depression. A new approach to understanding and management.* Nueva York: Oxford University Press. 2009.
187. Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue. Part 4: general conclusion. *Philos Ethics Humanit Med.* 2012; 7(1): 14.
188. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticre M. *Developing and evaluating complex interventions: new guidance.* Medical Research Council. 2008.
189. Shepperd S, Lewin S, Straus S, Clarke M, Eccles MP, Fitzpatrick R et al. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLOS Medicine* 2009; 6(8): e1000086.
190. Anderson R. New MRC guidance on evaluating complex interventions. *BMJ.* 2008; 337: a1937.
191. May C. A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care. *BMC Health Services Research.* 2006; 6: 86.
192. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. *Health Development Agency-NHS.* 2005.
193. Lilford RJ, Chilton PJ, Hemming K, Girling AJ, Taylor CA, Barach P. Evaluating policy and service interventions: Framework to guide selection and interpretation of study end points. *BMJ.* 2010; 341(7775): 715-20.
194. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O, Peacock R. Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. *Soc Sci Med.* 2005; 61(2): 417-30.
195. Popay J (EDITOR). *Moving beyond effectiveness in evidence synthesis. Methodological issues in the synthesis of diverse sources of evidence.* Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006,
196. Kitzelnick DJ, Von Korff M, Chung H, Provoost LP, Wagner EH. Applying depression-specific change concepts in a collaborative breakthrough series. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2005; 31(7): 386-97.
197. European Forum for Primary Care. *Mental Health in Europe, role and contribution of Primary Care. Position Paper.* 2006.

ANEXOS

ANEXO I. DESCRIPTORES UTILIZADOS EN LAS DIFERENTES BASES BIBLIOGRÁFICAS

- *Depresión*: los términos empleados en la búsqueda han sido:
 - exp Depression/pc, px, th [Prevention & Control, Psychology, Therapy] or exp Depressive Disorder/pc, px, th [Prevention & Control, Psychology, Therapy] en MEDLINE.
 - exp Major Depression/ or depressi*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts] en PsycINFO.
 - exp depression/dm, pc, th [Disease Management, Prevention, Therapy] en Embase.
 - (depresi\$) or «DEPRESion» or «DEPRESion unipolar» or «trastorno DEPRESivo» or «trastorno DEPRESivo mayor» [Descriptor de asunto] en LILACS e IBECs.
 - depressi*[Campos básicos, todas las palabras] en IME. Campos básicos significa buscar en título, resumen, descriptores, identificadores y topónimos.
 - (depressi*):ti,ab,kw [Title, Abstract or Keywords] en The Cochrane Library.
- *Atención primaria*: se han utilizado estos términos en las búsquedas:
 - exp Primary Health Care/cl, ma, mt, og, st, td, ut [Classification, Manpower, Methods, Organization & Administration, Standards, Trends, Utilization] en MEDLINE.
 - (primary adj3 care).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts] en PsycINFO.
 - exp primary health care/ en Embase.
 - («ATENCIÓN ambulatoria» or «ATENCIÓN básica» or «redes de ATENCIÓN comunitaria» or «evaluación de necesidades en ATENCIÓN de la salud» or «ATENCIÓN de la salud comunitaria» or «calidad de la ATENCIÓN de salud» or «evaluación de la calidad de ATENCIÓN de salud» or «evaluación de necesidades de ATENCIÓN de salud» or «niveles de ATENCIÓN de salud» or «prestación integrada de ATENCIÓN de salud» or «sistemas de ATENCIÓN de salud integrada» or «sistemas de ATENCIÓN de salud») or («ATENCIÓN PRIMARIA» or «medicos de ATENCIÓN PRIMARIA» or «ATENCIÓN PRIMARIA de salud») [Descriptor de asunto] en LILACS e IBECs.
 - atención primaria [Campos básicos, todas las palabras] en IME.
 - (primary NEAR/3 care):ti,ab,kw [Title, Abstract or Keywords] en The Cochrane Library.
- *Psiquiatría*: se han incluido estos términos:
 - exp Psychiatry/cl, di, ec, ed, es, is, ma, mt, nu, og, st, th, td, ut [Classification, Diagnosis, Economics, Education, Ethics, Instrumentation, Manpower, Methods, Nursing, Organization & Administration, Standards, Therapy, Trends, Utilization] en MEDLINE.
 - exp Psychiatry/ or psychiatr*.mp. en PsycINFO.
 - exp PSYCHIATRY/ en Embase.
 - «PSIQUIATRia» or «PSIQUIATRia comunitaria» [Descriptor de asunto] en LILACS e IBECs.
 - psiquiatr* [Campos básicos, todas las palabras] en IME.
 - (psychiatr*):ti,ab,kw [Title, Abstract or Keywords] en The Cochrane Library.

- *Colaboración/coordinación*: se han usado estos términos:
 - collaborat*.mp. or (shared adj3 care).mp. or (stepped adj3 care).mp. or coordina*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier] en MEDLINE, [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts] en PsycINFO, y [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer] en Embase.
 - colabora\$ or colabora\$ or coordina\$ or shar\$ or stepped [Palabras] en LILACS e IBECs.
 - colabora* coordina* [Campos básicos, alguna palabra] en IME.
 - (collaborat* or coordina* or shared NEAR/3 care or stepped NEAR/3 care):ti,ab,kw [Title, Abstract or Keywords] en The Cochrane Library.
- *Co-localización*: incluye estos términos:
 - co locat*.mp. or co?locat*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier] en MEDLINE, [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts] en PsycINFO, y [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer] en Embase. El término co locat* incluye también co-locat*.
 - coloca\$ or colloca\$ or coubica\$ or co-ubica\$ [Palabras] en LILACS e IBECs.
 - colocaliza* coubica* [Campos básicos, alguna palabra] en IME. Localiza* no da lugar a artículos relacionados con lo que se busca.
 - (colocat* or collocat* or co locat* or co-locat*):ti,ab,kw [Title, Abstract or Keywords] en The Cochrane Library.
- *Integración*: se han empleado estos términos:
 - integrat*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier] en MEDLINE.
 - interdisciplinary treatment approach/ or integrated services/ or integrat*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts] en PsycINFO.
 - integrated health care system/ or integrat*.mp en Embase.
 - integra\$ [Palabras] en LILACS e IBECs.
 - integra* [Campos básicos, todas las palabras] en IME.
 - (integrat*):ti,ab,kw [Title, Abstract or Keywords] en The Cochrane Library.

ANEXO II. TABLA DE ESTUDIOS SECUNDARIOS

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Anfinson, 2001 (103)	<ul style="list-style-type: none"> país (nº estudios primarios) tipo de depresión poblaciones EE.UU. Enfermedades psiquiátricas. 	Describir modelos de atención integrada.	Revisión no sistemática.	Se describen las ventajas e inconvenientes de los distintos modelos y grados de colaboración. La publicación de GPC y la formación son necesarias, pero no suficientes. El modelo colaborativo parece más eficiente en la depresión mayor y si se combina con el escalonado. Dificultades organizativas y financieras para su puesta en práctica y necesidad de nuevos estudios.
Callahan, 2001 (80)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU. (MCO, HMO, clínicas de AP) (107). Depresión, depresión mayor. Ancianos (al menos 4 estudios no se dirigen específicamente a ellos). 	Aportaciones de la investigación de servicios sanitarios en mejorar la calidad de atención en depresión en ancianos y recomendaciones para la práctica habitual.	Revisión no sistemática.	La atención a la depresión en AP en EE.UU. es deficiente, sobre todo en la tercera edad. Las mejoras en los sistemas de información y en la formación clínica no son suficientes. La depresión ha de ser considerada como una enfermedad crónica y su atención requiere seguimiento, trabajo en equipo y readecuación de los sistemas de cuidados.
Rost, 2001 (60)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU. (4: HQID, MHAP, PIC y QuEST) Pacientes con 1 año de depresión mayor (criterio general, 3 estudios lo incumplen). > 18 años. 	Describir los 4 estudios del proyecto colaborativo Quality Improvement for Depression (QID) diseñado para realizar un metaanálisis de los efectos de la intervención sobre los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> No revisión. Metaanálisis preplaneado. QID: intervenciones de GE crónicas multimodales incluyendo educación de clínicos y gestores de cuidados en depresión. 	A partir de los 4 estudios del QID se identifican las principales fuentes de heterogeneidad a tener en cuenta en los metaanálisis de estudios sobre mejora de la atención a la depresión (selección de servicios, profesionales y pacientes; retención de pacientes, y métodos de obtención de información) y se proponen los correspondientes métodos estadísticos.
Bartels, 2002 (81)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU. (46; 19 de depresión). Desórdenes comunes, incluyéndose depresión, demencia, abuso de sustancias, esquizofrenia y ansiedad. > 65 años (> 55 en varios metaanálisis de depresión). 	Evaluar la efectividad de los servicios de SM geriátrica.	<ul style="list-style-type: none"> Meta-revisión («overview»). MEDLINE, PsycINFO, The Cochrane Library. 1996 - 20017 en inglés. Revisiones sistemáticas basadas en evidencia (8), metaanálisis (26), declaraciones de consensos de expertos (12), revisiones de consenso y artículos de revisión. Estudios de depresión: 3 revisiones sistemáticas, 11 metaanálisis y 5 consensos de expertos. 	Se analiza la evidencia en los tratamientos (tto) a la población de estudio. En cuanto a los distintos modelos, la evidencia es limitada y apoya la efectividad de equipos multidisciplinarios comunitarios. El nivel de AP es fundamental. La formación tradicional no es suficiente y el impacto de la diseminación de GPC es limitado. Se recomienda integrar formación y cambios organizativos orientados a favorecer la implicación de todos los agentes.

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Bower, 2002a (104)	<ul style="list-style-type: none"> Reino Unido. EE.UU. (50 aproximadamente). 	Papel de los trabajadores de SM en AP en base al tipo de problema, modelo de trabajo, tipos específicos de intervención y momento de actuación.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión no sistemática. Basada en revisión sistemática, no se ha hecho búsqueda primaria. 	Se analizan los posibles roles de los trabajadores de SM en AP y la evidencia sobre su efectividad en los modelos de sustitución y de colaboración (inicialmente consulta-enlace y posteriores modelos próximos al CCM), y en tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). Las posibles tareas en educación, psicoterapia, seguimiento o derivación, cuentan con evidencia cuestionable y muy vinculada a los contextos. Se recomienda prestar atención a su formación y a su evaluación como nueva figura en la SM de Reino Unido.
Bower, 2002b (105)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU. (14). Reino Unido (6). Canadá (5). (valores dados en tablas). 	Comparar las características e implicaciones de los modelos de consulta-enlace tradicionales y los modelos cada vez más complejos basados en el CCM.	Revisión no sistemática.	Las ventajas de los modelos de consulta-enlace tradicionales, basados en el encuentro de profesionales de AP y psiquiatría (eficiencia en la atención especializada, la AP como nivel principal, formación de los médicos de AP) cuentan con evidencia relativa, aunque las relaciones entre profesionales podrían ser cruciales para la diseminación e implementación. Los nuevos modelos basados en el CCM conllevan cambios organizativos complejos y pueden presentar mayor eficacia, pero de dudosa efectividad.
Craven, 2002 (99)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU. Australia. Canadá. Reino Unido. (218 artículos). Enfermedades psiquiátricas. 	Revisar la atención compartida.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión no sistemática. MEDLINE, PsycINFO + búsqueda manual (según Craven et al.) (74). 1985 - 2000 en inglés. 	Los modelos de colaboración se inician principalmente en Reino Unido (traslado de lugar de atención; consulta-enlace, enlace-a-coplamiento). El desarrollo de modelos más complejos conlleva ventajas e inconvenientes con evidencias escasas. Los 4 elementos clave son: el contacto entre médico de AP y psiquiatra, el tiempo, el lugar y la comunicación abierta. Principales retos: financiación, recursos, atención a patologías severas, actitud de los psiquiatras, potenciación del papel de los médicos de AP, estructuras de comunicación y apoyo psiquiatra-médico de AP, formación en colaboración y evaluación. Se señala una mayor satisfacción de pacientes y médicos de AP.

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Druss, 2002 (55)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Enfermedades psiquiátricas. 	<p>Describir la interfaz AP-SM en EE.UU. a lo largo de la historia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No revisión. • Siglo XX. 	<p>Dos etapas: antes y después de 1970. A partir de los 40 aumenta el aseguramiento y la medicina especializada. La AP surge como reacción. En los 60 los psiquiatras salen del hospital e inician el modelo consulta-enlace. A partir de 1970 surgen las HMO y nuevos modelos de gestión para contener el aumento de costes, con dos tendencias en cuanto a AP-SM. En los servicios más integrados, los médicos de AP tienden a asumir la atención a la depresión menos grave (desarrollo de ISRS y GPC de AHCP). Recelos y diferente respuesta de psiquiatría y psicología, con tendencia a la colaboración. En planes menos integrados personal no médico actúa como filtro. Se analizan los efectos de las 4 características básicas de la AP (primer contacto, continuidad, integralidad y coordinación) en la relación AP-SM y se remarca la importancia de los contextos en la aplicación de los resultados de las investigaciones.</p>
Ford, 2002 (106)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Depresión. 	<p>Efectividad y retos de intervenciones basadas en el CCM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • La mayoría de referencias son anteriores al 2000. 	<p>Las intervenciones basadas en el CCM (aquí CDMM, con 8 componentes básicos) muestran mejoras en los resultados, pero con limitaciones: poca información sobre efectos económicos y sociales a niveles amplios, los modelos son muy concretos y locales, los beneficios son escasos y a corto plazo, se desconocen los roles de los distintos agentes para su diseminación, multimorbilidad, cómo se asegura la calidad y se gestiona el cambio en AP y SM, las nuevas TIC, los aspectos éticos, y el papel y adecuación de las GPC.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Gilbody, 2002 (50)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones <ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (11). Reino Unido (3). Nueva Zelanda (1). (16). • EE.UU. (20). Reino Unido (10). Holanda (1). Finlandia (1). Suecia (1). Canadá (1). (34 estudios, en 46 artículos). • Depresión. 	<p>Papel de la administración rutinaria de cuestionarios de depresión estandarizados en centros no especializados y retroalimentación de estos resultados a clínicos (16 estudios).</p> <p>Evaluar la efectividad clínica y coste-efectividad de intervenciones organizacionales y educativas para mejorar la gestión de depresión en AP (34 estudios).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática y metaanálisis. • Se incluyen estudios de 1978 hasta 2001. • Revisión sistemática y síntesis narrativa. MEDLINE, PsycLIT, Embase, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register, UK NHS Economic Evaluations Database, registro Cochrane Depression Anxiety and Neurosis Group, registro especializado Cochrane EPOC group + correspondencia autores + búsqueda manual + contacto expertos. Se incluyen estudios hasta 2002. Mayoría ECA, estudios controlados antes-después (5) y estudios de series de tiempo interrumpidas (2); métodos EPOC, evaluación de efectividad de intervención organizacional o educativa dirigida a profesionales de AP y pacientes o nuevos modos de administrar asistencia sanitaria. 	<p>La utilización de cuestionarios de depresión o de calidad de vida no influye en la detección de depresión, excepto en la población de riesgo. Las estrategias solo educativas y de difusión pasiva de GPC apenas son efectivas.</p> <p>Las estrategias más integradas (atención colaborativa) son más efectivas, al menos a corto plazo (QJ). La atención colaborativa escalonada se asocia con una mayor concordancia con la medicación y una mejora en las tasas de recuperación.</p> <p>Algunas intervenciones de GC como el apoyo telefónico y la monitorización de medicación por enfermeras son efectivas.</p> <p>Se subraya la heterogeneidad de las intervenciones en las diferentes estrategias y modelos, y la imposibilidad de metaanálisis. Se necesitan nuevas investigaciones, y se ha de tener en cuenta la inversión en recursos y en reorganización de la AP, y la potenciación de la enfermería que se requiere en los modelos integrados. Su implementación será más fácil en contextos con previa interrelación entre AP y SM.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Hilty, 2002 (107)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (24). Australia (3). Reino Unido (2). Canadá (2). Corea (1) Finlandia (1). (33). • Enfermedades psiquiátricas. 	<p>Aportar una visión general de telepsiquiatría, concretamente de las videoconferencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática y síntesis narrativa. • MEDLINE, Embase, Science Citation Index, Social Sciences Information Exchange. • 1965 - junio 2001. • Discusión de videoconferencias en atención al paciente, satisfacción de profesionales y pacientes; resultados, educación y costes; presentación de modelos para facilitar la asistencia sanitaria; discusión de ventajas e inconvenientes de telepsiquiatría o tecnología en general. 	<p>La telepsiquiatría presenta gran variedad de características, según centros y modelos de atención. En general es factible, fiable y satisfactoria para pacientes y profesionales. Su futuro es incierto. Se necesita desarrollo tecnológico, soporte clínico mediante guías y recursos adecuados, y más estudios cuantitativos y cualitativos sobre su efectividad.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Weingarten, 2002 (96)	<ul style="list-style-type: none"> • 102 artículos (118 programas de intervención). • EE.UU. (16 artículos de depresión). • Reino Unido (2). • Canadá (1). • Australia (1). • (20 artículos de depresión con 25 programas). • Depresión y otras enfermedades crónicas. 	<p>Evaluar la efectividad de programas de GE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática y metaanálisis. • MEDLINE, HealthStar, bases Cochrane + búsqueda manual + consulta expertos. • Enero 1987 - junio 2001 en inglés. • Programa de GE crónicas comunes, con diseño experimental o cuasi-experimental aceptable, con información suficiente para estimar al menos una medida relevante del efecto del programa y su varianza. • Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> – educación de profesionales (47 estudios). – retroalimentación al profesional (32). – recordatorios a profesionales (19). – educación de pacientes (92). – recordatorios a pacientes (28). – incentivos financieros a pacientes: pagos (pagos monetarios directos, descuentos o servicios) al paciente por alcanzar un objetivo específico relacionado con tto (6). 	<p>El análisis se lleva a cabo para el conjunto de las enfermedades con resultados positivos en la adherencia de profesionales a GPC y el control de la patología. En lo relativo a la depresión, en las intervenciones dirigidas al profesional, la relación de intervenciones efectivas/totales es de 6/15 en educación, 8/15 en retroalimentación y 2/5 en recordatorios. Y en las dirigidas a pacientes, 10/18 en educación, 2/3 en recordatorios y 1/1 en incentivos económicos.</p>
Badamgarav, 2003 (90)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (15). • Reino Unido (2). • Australia (1). • Canadá (1). • 19 estudios, pero 5 con múltiples brazos; 24 estudios. • Depresión mayor o menor (mayoría). 	<p>Evaluar la efectividad de los programas de GE en depresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática y metaanálisis. • MEDLINE, HealthSTAR y bases Cochrane + búsqueda manual + consulta expertos. • Enero 1987 - junio 2001 en inglés. • Diseño de estudio experimental o cuasi-experimental aceptable por EPOC, con información suficiente para estimar al menos una medida de efecto de programa de GE en depresión interesante y su varianza. • Empleo potencial de múltiples modalidades de tto. 	<p>Los resultados del metaanálisis muestran efectos significativos, pero de pequeña magnitud (tamaño de efecto ≤ 0.6) en cuanto a mejora de síntomas, satisfacción de los pacientes, aumento de visitas a AP, adecuación del tto y adherencia de los pacientes. Un programa que incluye cribado mejora la detección de depresión. Los efectos no son significativos en cuanto a funcionalidad física, estado de salud, hospitalización, costes, resultados derivados de adherencia y derivación a psiquiatría.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Blount, 2003 (64)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones <ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. Reino Unido. ¿otros? 	Organizar la evidencia de la integración de servicios de SM en AP.	<ul style="list-style-type: none"> • No revisión. • MEDLINE + búsqueda manual. 	<p>Los autores proponen organizar la evidencia según: modelos de relación AP-SM (coordinación, co-localización, integración), orientación de los servicios (no dirigidos, dirigidos a poblaciones específicas), especificidad de las intervenciones y ámbitos de implementación (pequeña, gran escala).</p> <p>Variedad de impactos documentados según audiencias. Los impactos tienden a ser favorables en mejora de accesibilidad, satisfacción de pacientes y profesionales, cumplimiento terapéutico, resultados o costes según audiencias.</p> <p>Los ECA se llevan a cabo en programas integrados, dirigidos y específicos. El resto de programas integrados cuenta con pocos estudios.</p> <p>Son necesarias investigaciones que precisen mejor las características de los programas colaborativos y amplíen el rango ámbito de sus efectos referidos.</p>
Vergouwen, 2003 (97)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (10). Reino Unido (8). Italia (1). (19). • Depresión unipolar. 	Evaluar la efectividad de intervenciones para mejorar la adherencia a antidepresivos en depresión unipolar.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática. • MEDLINE, PsycINFO, Embase, registro Cochrane Controlled Trials + búsqueda manual. • Hasta enero 2002 en inglés. • ECA, intervención para mejorar adherencia a antidepresivos, depresión unipolar, AP o clínicas psiquiátricas ambulatorias. • Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> – educación de pacientes (3 estudios en AP y 4 en centros psiquiátricos ambulatorios). – atención colaborativa multimodal (11 en AP). – elección de régimen de dosificación (1). 	<p>Los estudios orientados a evaluar la adherencia al tto son muy variables entre sí. En 9 de 11 estudios de atención colaborativa se muestra mayor adherencia y mejores resultados en los casos de depresión mayor, pero las intervenciones son múltiples y requieren de recursos adicionales.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Aitken, 2004 (108)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Enfermedades psiquiátricas. 	<p>Revisar 2 modelos generales de atención integrada y estrategias para involucrar a consejeros de SM en AP.</p>	<p>Revisión no sistemática.</p>	<p>La situación de los consejeros de SM en EE.UU. es problemática por defectos de integración y de financiación. El desarrollo de los modelos de atención integrada aporta nuevas oportunidades. Se distinguen modelos no dirigidos y dirigidos a problemas o poblaciones específicas. Estos últimos son más estructurados e incorporan profesionales diferentes. Se proponen 10 recomendaciones para facilitar la incorporación de los consejeros de SM en los nuevos modelos.</p>
Bijl, 2004 (69)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (5). • Reino Unido (1). • Depresión mayor (1 estudio incluye también distimia y combinación de ambos). • > 18 años (1 estudio > 16 años; 2 estudios > 60 años con media \geq 65 años). 	<p>Evaluar la efectividad de programas de GE en depresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática. • MEDLINE, The Cochrane Library y PsychLit + búsqueda manual + consulta expertos. • Hasta diciembre 2002 en inglés, holandés, francés y alemán. • ECA de efectos de programas de GE (con reconocimiento, diagnóstico y tto), depresión con instrumento de diagnóstico, en AP, comparación con atención habitual, intervención primaria dirigida a médicos de AP, enfermeras y/o pacientes y mejora del proceso de atención, resultados medidos en términos de cambio de severidad en cuestionarios. 	<p>De los 82 ECA iniciales solo 6 cumplen las condiciones. En 5 la intervención del modelo de GE fue efectiva en pacientes con depresión mayor. La heterogeneidad de los estudios impide el metaanálisis. De los 3 ECA más amplios, en 2 hay resultados positivos tras el primer año (ambos en EE.UU.). Es necesario intervenir en los 3 componentes (detección, diagnóstico y tto) para conseguir resultados positivos.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Neumeier-Gromen, 2004 (70)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (10; HMO fundamentalmente). • Depresión, 3/4 pacientes con depresión mayor. También distimia, depresión menor y niveles subclínicos de enfermedad. • > 18 años, hasta 80 años. 	Evaluación de efectividad de programas de GE en depresión frente a AP habitual.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática y metaanálisis. • MEDLINE, PsycLit, Psyndex, Embase, The Cochrane Library, BMJ database, Clinical Trials, NHS EED incluyendo Current Contents Clinical Medicine, CINAHL y HTA database + consulta a autores y otros. • 1993 - agosto 2002 en bases en inglés. • ECA, programa completo de GE (guías basadas en evidencia, educación paciente/profesional, atención colaborativa, sistemas recordatorio y monitorización), principal diagnóstico de depresión (cualquier tipo), con valores de suma de resultados disponibles, y calidad del estudios A/B (guías de Cochrane Collaboration) calificada por 2 observadores. Inclusión de pacientes con comorbilidad física, exclusión de pacientes recientemente tratados. 	Tras definir 8 componentes de programas de GE, solo 10 ECA los cumplen para ser incluidos en el metaanálisis. En cuanto a severidad de la depresión los efectos son favorables, si bien los resultados son inconsistentes a los 2 años si la intervención no continúa. Falta información para valorar su efecto sobre la calidad de vida. Se observan efectos positivos en la satisfacción del paciente y la adherencia al tto, y un aumento de costes respecto a la atención habitual.
Beaudin, 2005 (71)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (9). • Reino Unido (1). • (11 estudios -sin identificar la procedencia de uno de ellos-) (67 artículos). • Depresión. • Adultos principalmente, incluyendo ancianos. 	Revisar enfoques efectivos para la QI del tto de depresión y describir programas similares exitosos en su implementación en atención gestionada.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • MEDLINE + búsqueda manual. • 1984-2004 en inglés. • Estudios empíricos (ECA, estudios abiertos, evaluaciones antes-después) de intervenciones para mejorar la calidad del tto de depresión que han demostrado ser efectivos; programas similares exitosos en su implementación en atención gestionada. 	Los programas de QI están estructurados en función de finalidades, metas y objetivos. La relación de AP con SM puede hacerse dentro de los planes asistenciales o mediante acuerdos con las MBHOs. Se analizan ejemplos de programas de QI con intervenciones centradas en la organización, en los pacientes o en los profesionales. Las recomendaciones apuntan a la colaboración entre profesionales de AP, SM y pacientes, flexibilidad en la adopción de modelo, importancia del compromiso y aceptación de los programas por el clínico, formación, y evaluación continuada.

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Bower, 2005 (102)	<ul style="list-style-type: none"> país (nº estudios primarios) tipo de depresión poblaciones <ul style="list-style-type: none"> Reino Unido (17). Enfermedades psiquiátricas. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la efectividad de 4 modelos de Qi en SM en AP: Formación de personal de AP (2 revisiones). Modelo consulta-enlace (2). Atención colaborativa (5, diferente definición en cada uno de lo que es atención colaborativa). Sustitución/derivación (8). 	<ul style="list-style-type: none"> Meta-revisión. DARE, Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO + búsqueda manual en las listas personales de los autores. Revisión de modelos de Qi en SM en AP. 	<p>Ante la disparidad y complejidad de intervenciones para mejorar la SM en AP, se evaluó 4 modelos según mayor o menor participación de AP y SM:</p> <ol style="list-style-type: none"> La formación de AP habitual (cursillos, difusión de GPC) resulta inefectiva, aunque quizás la que podría ser efectiva es menos factible. El modelo consulta-enlace muestra una evidencia limitada e inconsistente. El modelo colaborativo muestra efectos discretamente positivos en estado de salud, satisfacción y adherencia, con variabilidad en las intervenciones y en la metodología, e intervenciones más dirigidas a subpoblaciones concretas. El modelo de sustitución/derivación es efectivo en la mayoría de los estudios a corto plazo y según el tipo de terapia y de paciente. <p>No existe evidencia suficiente para dar una respuesta definitiva sobre la efectividad clínica y coste-efectividad de modelos individuales.</p>
Oxman, 2005 (53)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU. (4: PRISM-E, IMPACT, PROSPECT y RESPECT-D). Depresión mayor, menor, distimia, ansiedad generalizada y abuso de alcohol. Ancianos principalmente (RESPECT-D es el único estudio no centrado en ellos). 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar 4 estudios multicéntricos que llevan a cabo cambios en la provisión de atención a pacientes con depresión, fundamentalmente ancianos. 	<p>Actualización de revisión no sistemática previa de los mismos autores (54).</p>	<p>Los autores se centran en los 4 estudios que evalúan como de 3ª generación. Su valoración es en general positiva a pesar de que los resultados varían en cuanto a efectividad y el análisis que se hace no parece ser muy riguroso. Se concluye en la conveniencia de trabajar en 4 líneas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Promover la atención escalonada. Incorporar la gestión de cuidados como parte de los departamentos de calidad de amplias organizaciones. Involucrar al gestor de cuidados en la gestión de varios procesos crónicos. Ampliar la colaboración con los planes de salud para hacer el modelo más coste-efectivo.

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Tsai, 2005 (91)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. 112 estudios (33 de depresión, 1 de ellos a nivel hospitalario). • Depresión y otras enfermedades. 	Efectividad del CCM.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática y metaanálisis. • MEDLINE, The Cochrane Library para revisiones sistemáticas y metaanálisis (20 específicos de enfermedad crónica y 3 no específicos) + MEDLINE (estudios más recientes) + consulta expertos. • 1993 - junio 2003 en inglés. • ECA y ensayos no aleatorizados controlados, comparados con atención habitual, sobre intervenciones con al menos un elemento del CCM, enfermedad crónica (asma, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes no insulino dependiente y depresión). 	<p>De los 33 estudios sobre depresión solo 14 tienen un valor de al menos 3 en la escala Jaded. En su conjunto el metaanálisis muestra que las intervenciones que contienen un elemento o más de los 6 del CCM mejoran los resultados clínicos y los procesos siendo los efectos discretos. El incorporar nuevos elementos no conlleva una mejora significativa de los efectos. No se pudo determinar cuáles son los elementos del CCM con mayor responsabilidad sobre los efectos. El diseño del sistema y el apoyo en auto-gestión parecen tener más influencia en resultados, y el apoyo en la toma de decisiones en los procesos.</p>
Adli, 2006 (72)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (8). • Alemania (3). • Canadá (1). • Reino Unido (1). • (13 estudios). • Depresión mayor, menor, distimia, unipolar, bipolar, esquizofrenia. • Adultos incluyendo ancianos. 	Revisar el desarrollo de algoritmos y sus elementos importantes en la implementación en la práctica clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • MEDLINE. • 13 estudios: 3 estudios abiertos y 10 ECA, entre los que figuran IMPACT, PROSPECT, Pathways (comorbilidad con diabetes) y STAR*D. 	<p>Los algoritmos de tto y los sistemas de atención colaborativa aumentan claramente la eficacia de los tto. La composición de los elementos activos en los algoritmos de tto en una situación clínica particular no permanece clara. La atención colaborativa muestra mayor tasa de respuesta en pacientes con depresión mayor que la atención habitual.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Barbui, 2006 (73)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. Reino Unido. Italia. ¿otros? (24 revisiones). • Depresión y otras enfermedades psiquiátricas. • Adultos principalmente, y menores. 	<p>Evaluar la efectividad en depresión del cribado en AP, gestión con estrategias específicas y tto con antidepresivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meta-revisión. • Todas las revisiones sistemáticas disponibles y ECA de calidad alta sobre cribado y manejo de depresión en AP, y uso de antidepresivos. • Estrategias consideradas: <ul style="list-style-type: none"> – cribado (3 revisiones). – formación de personal de AP (2). – modelo de consulta-enlace (3). – atención colaborativa (4). – sustitución /derivación (6). – tto antidepresivo (6). 	<p>Se observan mejoras parciales en los diferentes modelos, pero no existe suficiente evidencia sobre las estrategias de gestión para poder dar una respuesta definitiva acerca de su efectividad clínica. Hay más hallazgos en contra que a favor del cribado indiscriminado solo. Las GPC y la educación solos no funcionan, siendo necesaria su inclusión en modelos más complejos. La eficacia del tto con antidepresivos de pacientes con depresión menor en AP es escasa.</p>
Belnap, 2006 (61)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (2 programas). • Depresión. • MDOCC: empleados. • MCDPC: padres jóvenes, adultos con ingresos bajos (elegibles por Medicaid). 	<p>Evaluar 2 programas de gestión de cuidados en depresión que forman parte del proyecto, basado en CCM, Depression in Primary Care: MDOCC y MCDPC.</p>	<p>No revisión.</p>	<p>Los resultados responden a las preguntas que se establecen en cuanto a aspectos importantes del modelo (asunción por los profesionales, rol del gestor de cuidados, ubicación, monitorización,...). Finalmente se señalan 6 recomendaciones que ponen de manifiesto las particularidades del contexto y las dificultades reales de implantación del CCM.</p>
Bower, 2006 (92)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (27). • Reino Unido (4). • Suecia (1). • Chile (1). • Holanda (1). • Pacientes con síntomas depresivos o diagnosticados de desórdenes depresivos en AP. 	<p>Identificar ingredientes activos de la atención colaborativa a través de la evaluación de la relación entre la variación de las intervenciones y los resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática, metaanálisis y meta-regresión. • MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, The Cochrane Library, DARE. • Hasta noviembre 2005 sin restricción de idioma. • Intervenciones de atención colaborativa (pudiendo incluir GC, mecanismos para favorecer conexión más cercana entre clínicos de AP y especialistas de SM, y mecanismos para recoger y compartir información sobre progreso de pacientes). 	<p>Se observa un efecto positivo de la atención colaborativa en el uso de antidepresivos y los resultados de depresión, si bien ninguna de las variables de intervención se asocia significativamente con el uso de fármacos, aunque sí con los resultados de depresión. Esto lleva a afirmar que el uso de antidepresivos predice los resultados de los síntomas depresivos, lo que sugiere que los efectos de la atención colaborativa sobre estos últimos pueden ser mediados por cambios en los primeros. Las variables que más se correlacionan con mejoría en los síntomas de depresión son: selección por identificación sistemática, GC con formación en SM y supervisión regular de los GC.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Byrne, 2006 (109)	<ul style="list-style-type: none"> • Reino Unido (30 aproximadamente). • Trastornos del humor. 	Revisar la evidencia para mejorar la adherencia a la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • Estudios cualitativos y cuantitativos recientes para la mejora de la adherencia, incluyéndose psicoeducación, intervenciones psicosociales, intervenciones en AP, trabajos cualitativos y psicofarmacología. 	El modelo colaborativo muestra un beneficio limitado en el aumento de la adherencia a fármacos y los resultados de depresión. Se señala la importancia del seguimiento y de cómo están estructurados los servicios.
Craven, 2006 (74)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (24). • Reino Unido (13). • Australia (1). • (38). • Enfermedades psiquiátricas: depresión mayor, distimia, esquizofrenia... • Todas las edades. 	Identificar las mejores prácticas de atención colaborativa en SM en AP.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de revisión sistemática previa de los mismos autores (99) y análisis descriptivo. • MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, ERIC and Social Sciences Abstracts, Pubmed, The Cochrane Library, Google + búsqueda manual + consulta expertos. • 2000 - 2005 en inglés, cumulativamente 1985-2005. • ECA (30) y otros estudios experimentales con medidas de resultados de intervenciones colaborativas. • Informe para la Canadian Collaborative Mental Health Initiative (CCMHI). 	<p>3 implicaciones clínicas principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La colaboración es más exitosa cuando se construye a partir de relaciones clínicas previas. 2) El apoyo a la colaboración debe ir acompañado de guías compartidas. 3) La transferencia de habilidades y conocimientos requiere además de cambios organizativos (no basta con los cambios inherentes al diseño de la investigación y que terminan cuando esta acaba). <p>3 limitaciones:</p> <p>el pequeño número de estudios experimentales, la mayoría de ellos se centran en un único diagnóstico -depresión- (parece haber mayor evidencia en relación con la depresión mayor), las variaciones en los diseños impiden un metaanálisis de los resultados (se llama la atención sobre la variedad de intervenciones que se incluyen dentro de la atención colaborativa, así como su vinculación con los modelos derivados de la GE crónicas).</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Doughty, 2006 (100)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones <ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (1 revisión, 33 estudios primarios; HMO principalmente). Reino Unido (4, 1). Holanda (1, 0). Alemania (1, 0). Australia (0, 1). Varios (2 revisiones, una de Reino Unido y Canadá, y otra de Holanda y EE.UU.). (44). • Enfermedad mental leve a moderada. La mayoría de estudios son sobre depresión y se centran fundamentalmente en depresión mayor. 	<p>Identificar los modelos efectivos de provisión de servicios de SM o QI en AP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática, resumen técnico. • MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, Current Contents, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessment Database, ACP Journal Club, páginas web + búsqueda manual. • 1995 - octubre 2005 en inglés. • ECA (35), revisiones sistemáticas, metaanálisis, meta-revisiones de ECA sobre modelos efectivos de provisión de servicios o QI y configuración del personal para tratar pacientes con enfermedad mental leve a moderada (principalmente depresión, ansiedad, y uso peligroso de alcohol y/o drogas), centrados en AP o en asociación cercana a profesionales de AP, médicos de AP, enfermeras; si se llevan a cabo en la comunidad están dirigidos por personal de SM no especialista; en Reino Unido, EE.UU., Canadá, Europa, Australia y Nueva Zelanda; al menos 20 participantes en grupo intervención. 	<p>La atención colaborativa puede ser particularmente beneficiosa para ancianos, por repercutir en el funcionamiento físico.</p> <p>Las intervenciones de equipos multidisciplinares pueden mejorar los resultados clínicos en aquellos con dificultades persistentes o recurrentes, pero los efectos son menores y más ambiguos en depresión menor.</p> <p>La atención telefónica parece beneficiar a pacientes con problemas mentales leves a moderados, pero la teleasistencia puede ser más efectiva si se combina con otras intervenciones de efectividad demostrada como la TCC.</p> <p>La evidencia sobre la efectividad del enfoque del modelo de consulta-enlace es escasa al igual que para el resto de modelos.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Gensichen, 2006 (65)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones <ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (10; generalmente HMO). Reino Unido (2). Australia (1). (13). • Depresión mayor o episodio depresivo. • Adultos. 	<p>Evaluar los efectos de GC en AP sobre síntomas y adherencia a medicación en depresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática y metaanálisis. • MEDLINE, Embase, The Cochrane Library + búsqueda manual + consulta expertos. • Hasta 2003. • ECA, pacientes con depresión medida con instrumento validado; GC como una intervención de continuidad de atención que incluye al menos monitorización sistemática de síntomas, seguimiento de 6 a 12 meses, intervenciones en atención comunitaria, principales resultados son la severidad de síntomas depresivos medida con instrumentos validados y un cambio en la adherencia al tto antidepressivo por parte del paciente; método claramente señalado, calidad metodológica no baja. 	<p>Con la GC se observan resultados positivos en la mejora y remisión de síntomas, respuesta clínica y adherencia (6-12 meses). Su mecanismo de acción podría ser a través del aumento de la adherencia. La evidencia disponible es insuficiente para recomendar la GC «compleja» sobre la «estándar».</p>
Gilbody, 2006 (93)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (mayoría). Reino Unido. Holanda. Suecia. Chile. (37). • Depresión. 	<p>Evaluar la efectividad de atención colaborativa frente a atención habitual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática, meta-regresión (datos próximos a 6 meses) y metaanálisis acumulativo. • MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, The Cochrane Library y DARE + búsqueda manual + búsqueda citas de artículos incluidos. • Hasta febrero 2006. • ECA, depresión, en AP, al menos 2 de los 3 componentes de atención colaborativa (gestor de casos, profesional de AP y especialista de SM). 	<p>Los resultados de depresión mejoran a los 6 meses y existe evidencia de beneficio a largo plazo de hasta 5 años. El tamaño del efecto se relaciona directamente con el cumplimiento de la medicación, la experiencia profesional y el método de supervisión de los gestores de casos. No se relaciona con la duración de la GC y el nº de sesiones, siendo incluso las intervenciones breves, como el seguimiento telefónico, efectivas.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Gunn, 2006 (75)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (10). Reino Unido (1). (11). • Depresión. • Adultos, incluyendo ancianos. 	<p>Identificar y evaluar la calidad de ECA de intervenciones de gestión de depresión en AP y determinar si mejoran la recuperación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática. • MEDLINE, Cochrane Controlled Register of Trials, Pubmed + búsqueda manual. • Hasta julio 2004 en inglés. • ECA, implementación de intervenciones en el sistema con enfoques de enfermedad crónica para la depresión en adultos en AP, comparación con atención habitual, depresión diagnosticada con herramienta validada, medida de seguimiento de recuperación o remisión de depresión. • Las intervenciones incluyen los siguientes elementos: enfoque multiprofesional a la atención al paciente, plan de gestión estructurado, seguimiento programado de pacientes y comunicación interprofesional potenciada. 	<p>Las intervenciones de sistema implementadas en EE.UU. con pacientes que aceptan tomar antidepresivos tienen un modesto aumento en la recuperación de la depresión. No está claro si estos sistemas de atención son coste-efectivos a largo plazo. Se requieren estudios aleatorizados con suficiente poder para probar la efectividad de dichos modelos fuera de EE.UU. antes de una implementación extendida. También hay que comprobar la aplicabilidad de este modelo en formas leves de depresión.</p>
Higgins, 2006 (62)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Enfermedades psiquiátricas. • Militares. 	<p>Presentar modelos para implicar psiquiatría con AP (integración).</p>	<p>No revisión.</p>	<p>Los componentes clave para integrar psiquiatría en AP son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • colocalización, • educación individualizada y colaborativa, • servicio clínico (en el que el psiquiatra actúe como consultor, supervisor y parte del equipo), • apoyo administrativo (documentación clínica, codificación apropiada, retroalimentación escrita y oral a profesional de AP).

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Hilty, 2006 (76)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones • EE.UU. (6, 1 de depresión). • Enfermedades psiquiátricas. • Adultos y niños. 	Revisar la evidencia de nuevos modelos de consulta psiquiátrica en AP rural.	Revisión no sistemática.	<p>Descripción de modelos puestos en práctica en áreas rurales.</p> <p>Denominadores comunes de modelos de intervención y módulos en telemedicina exitosos: incentivos mutuos para socios de AP y especialidades; compromiso de personal y administración a dedicarse a telemedicina y alternar modos de consulta; intervenciones sistemáticas o múltiples que cubran las necesidades del lugar; un enfoque de sistema para que la AP monitoree el flujo de pacientes y mida los resultados; y consultores capaces de superar las particularidades de AP rural y centros urbanos académicos; y de grupos culturales específicos. Se han desarrollado módulos de GE exitosos para asma y diabetes.</p>
Katon, 2006 (110)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Depresión y enfermedades mentales graves. 	Revisar la evidencia de diseminación de intervenciones de atención colaborativa multifaceta en depresión y de intervenciones en enfermos mentales graves, y su aplicación al desarrollo de actuaciones en el estrés postraumático.	Revisión no sistemática.	<p>Descripción de RESPECT.</p> <p>Varios equipos de investigación han trabajado para aumentar la diseminación de intervenciones colaborativas en pacientes con enfermedad mental grave.</p>
Skultety, 2006 (82)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (7; entre ellos PROSPECT e IMPACT). Reino Unido (1). (8). • Depresión. • ≥ 55 años. 	Revisar la evidencia de los tto de depresión en ancianos.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • MEDLINE, PsycINFO + búsqueda manual. • Enero 1994 - abril 2004 en inglés. • ECA de tto de depresión en que se compara un tto psicosocial con control o atención habitual (atención por profesionales de AP), en AP. 	<p>Dos modelos de tto que han mostrado eficacia son las clínicas de «Geriatric Evaluation Management» (GEM) (clínicas de AP que hacen evaluación compleja y AP continua) y los modelos sanitarios integrados.</p> <p>Ambos modelos mejoran los síntomas de depresión, pero los hallazgos varían según la gravedad de la depresión y las intervenciones son difíciles de comparar.</p> <p>Se aconseja el uso de equipos interdisciplinarios y mayor implementación de tto psicosociales que han mostrado su efectividad en ancianos.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Wulsin, 2006 (58)	<ul style="list-style-type: none"> país (nº estudios primarios) tipo de depresión poblaciones <ul style="list-style-type: none"> EE.UU. Alemania. Reino Unido. Holanda. Finlandia. Portugal. Italia. Grecia. Bélgica. Noruega. España. Francia. Australia. Nueva Zelanda. Enfermedades psiquiátricas. 	Revisar modelos de integración AP-SM a nivel internacional.	No revisión.	<p>Distingue entre modelos basados en el hospital y modelos basados en AP, diferenciándose en este caso: prestación de servicios de SM en AP, AP en SM, y los modelos de GE y CCM.</p> <p>Se subraya la importancia de la variabilidad en los sistemas de financiación a nivel internacional y en EE.UU.</p> <p>Se apuesta por una mayor integración tanto horizontal como vertical.</p>
Berardi, 2007 (111)	<ul style="list-style-type: none"> Italia. Enfermedades psiquiátricas. 	Describir los 3 modelos de consulta-enlace en la región de Emilia-Romagna (Italia).	Revisión no sistemática.	Se describen 3 modelos particulares de consulta-enlace: a) basado en SM, b) mediante reuniones periódicas entre psiquiatras y médicos de AP, y c) de carácter más espontáneo y flexible, sobre todo en áreas rurales. Se remarca la variabilidad y complejidad de la colaboración entre AP y SM.
Kates, 2007 (29)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU. (se mencionan PROSPECT, IMPACT, RESPECT-D). Alemania. Reino Unido. Canadá. Depresión. 	Revisar la evidencia del CCM en depresión y sus implicaciones en la práctica clínica en Canadá.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión no sistemática. MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, Embase, The Cochrane Library, Pubmed. 1993-2006. ECA, revisión de ECA (incluyendo metaanálisis y análisis de datos acumulados) y datos de BTS de programa de GE crónica en depresión (programas multifaceta complejos que se enfocan hacia temas del tto y del sistema). 	<p>En la mayoría de los modelos de atención más efectivos para pacientes con depresión en AP en que se da una reorganización de servicios, se aprecian mejores resultados en reducción de síntomas, prevención de recaídas, adherencia al tto y satisfacción con la atención recibida. Dicha reorganización incluye: incorporación de gestores o administradores de SM, visitas de psiquiatra en modelos de atención escalonada, y cambio en el protocolo de tto para incluir cribado y seguimiento. También son claves el apoyo y la educación al paciente. Se incluyen los resultados del artículo de Katzevnick et al. (1996) sobre la aplicación del modelo de Katzelnick para pacientes con depresión.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Magruder, 2007 (112)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones • Norteamérica (solo menciona EE.UU.). • Enfermedades psiquiátricas. 	Revisar los logros de la última década y las tendencias actuales en la atención en SM en Norteamérica.	Revisión no sistemática.	Principales logros: desarrollo y adopción de varias GPC específicas de enfermedades mentales en AP, aceptación del CCM como marco para tratar la depresión en AP, y claro predominio de enfoques farmacológicos para tratar depresión y ansiedad. Tendencias actuales: uso de facilitadores no médicos como gestores de cuidados en depresión, mayor empleo de tecnología en la evaluación y tto de enfermedades mentales en AP, y diseminación e implementación de tto integrado.
McEvoy, 2007 (83)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (3 estudios: IMPACT, PROSPECT y PEARLS; varios artículos en cada uno). • Depresión (depresión menor y distimia en PEARLS). • Ancianos. 	Revisar el CCM y 3 estudios que han incorporado sus principales características.	Revisión no sistemática.	Los programas IMPACT, PROSPECT y PEARLS comparten muchos elementos comunes del CCM. Se han demostrado efectivos en la práctica, aunque su generalización es cuestionable, sobre todo fuera de EE.UU., en parte por sus propias particularidades (obtención de la información, prevalencia de ideación suicida) y también por los requisitos organizativos que conlleva el CCM.

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Smit, 2007 (66)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones • EE.UU. (14; incluye QuEST y PIC). Reino Unido (6). Holanda (3). Canadá (1). (24). • Depresión mayor o episodio depresivo. • > 18 años. 	<p>Revisar estrategias para mejorar resultados de depresión a largo plazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fuentes • años • criterios • Revisión sistemática. • MEDLINE, Pubmed, PsycLIT, PsycINFO, Current Contents, The Cochrane Library + búsqueda guías profesionales y principales metaanálisis y revisiones + búsqueda manual. • En inglés. • ECA, AP, adultos, depresión mayor o episodio depresivo, resultados de pacientes de al menos 6 meses, comparación de tto psicológico o intervenciones de apoyo con atención habitual por médico de AP; descripción adecuada de intervenciones, diseño de estudios, procedimiento de aleatorización y asignación al tto, reclutamiento y pérdida de pacientes. Excluidos estudios dirigidos a ancianos. • 4 estrategias identificadas: <ul style="list-style-type: none"> - Formación de médicos de AP (6 artículos). - Apoyo a médicos de AP por otros profesionales como psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros, psicólogos y enfermeras (8 estudios, 12 artículos). - QI en la organización: con apoyo en AP por parte de enfermera o gestor de cuidados (4, 4) o estrategias en AP (2, 4). - Estrategias de prevención de recurrencia y cronicidad (4, 5). 	<p>La formación de médicos de AP no mejora los resultados de depresión a largo plazo. La atención colaborativa con el apoyo de otros profesionales podría dar lugar a resultados mejorados a corto plazo, pero no parecen prevenir la recurrencia. Las estrategias de QI organizacional muestran resultados favorables a los 6 meses con alguna evidencia de efectividad a más largo plazo. La evidencia sobre la mejora a largo plazo por parte de las estrategias de prevención de recurrencia y cronicidad no es concluyente. Se señala la necesidad de nuevas direcciones y enfoques para lograr mejores resultados a largo plazo.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Smith 2007, (94)	<ul style="list-style-type: none"> Reino Unido (7). EE.UU. (5, los 5 de depresión). Nueva Zelanda (3). Australia (2, 1 de depresión). Dinamarca (1). Suecia (1). Irlanda (1). (20, 6 de depresión). Depresión y otras enfermedades (diabetes, hipertensión, fallo cardíaco congestivo, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, enfermedades mentales crónicas (3), abuso de opiáceos y grupo de patologías que requieren tto anticoagulante). 	<p>Evaluar la efectividad de intervenciones de atención colaborativa entre AP y atención especializada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión sistemática y metaanálisis Cochrane. EPOC Specialised Register, CENTRAL, DARE, MEDLINE, Embase, CINAHL + búsqueda citas + búsqueda manual + contacto autores. Hasta abril 2006 sin restricción de idioma. ECA (19), ensayos clínicos controlados, estudios antes-después controlados (1), análisis de series de tiempo interrumpidas; pacientes con enfermedad crónica en servicio de atención compartida definido. Se incluyen sistemas con reuniones de enlace entre AP y atención especializada para gestión de pacientes, registros de atención compartida, correo electrónico y atención compartida asistida por ordenador, y otros. 	<p>Sin mejoras importantes en resultados de salud física o SM, resultados psicosociales, admisiones hospitalarias, tasas de ausencia o participación, relación de factores de riesgo y satisfacción con el tto. Claras mejoras en la prescripción.</p> <p>La mayoría de los estudios sobre depresión observan mejoras en la recuperación o el mantenimiento de la remisión de los síntomas. Los resultados sugieren que la atención colaborativa puede ser más efectiva en depresión y otras enfermedades mentales crónicas, aunque no son consistentes en todos los estudios.</p>
Thielke, 2007 (113)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU. Enfermedades mentales comunes. 	<p>Revisar la evidencia para mejorar la asistencia a la SM en AP a través de cambios organizativos.</p>	<p>Revisión no sistemática.</p>	<p>Principales actuaciones para favorecer la integración:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cribado sistematizado para enfermedades mentales. Recomendable si se pueden asegurar diagnóstico, tto y seguimiento adecuados. Educación y formación de profesionales de AP. Factor necesario, pero no suficiente. Elaboración y diseminación de GPC. Poca evidencia de que produzcan un cambio significativo. Derivación a especialistas de SM. Poca evidencia sobre su efectividad. Seguimiento de los resultados de SM con «laboratorios de SM». Se precisan ECA que apoyen esta intervención. Modelo de atención colaborativa. Evidencia de su efectividad, pero falta investigar cuáles son los elementos clave.

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Vannoy, 2007 (84)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones • EE.UU. (PRISM-E, RESPECT-D, PROSPECT e IMPACT). • Depresión. • Ancianos. 	Revisar modelos de atención en AP para pacientes ancianos con depresión.	Revisión no sistemática.	<p>La formación de médicos y el cribado no son suficientes para mejorar los resultados de depresión, pero ambos componentes se consideran necesarios. Tampoco se advierte suficiente evidencia en la mejora del acceso a atención especializada (PRISM-E).</p> <p>Los modelos colaborativos (RESPECT-D, PROSPECT e IMPACT) presentan una mayor evidencia, señalándose como elementos clave los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de profesionales no médicos (gestores de cuidados). • Educación de pacientes y clínicos en tto de la depresión basados en la evidencia. • Monitorización continua de síntomas y respuesta al tto. • Apoyo al equipo de AP por un especialista en SM.
Williams, 2007 (77)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (23). Reino Unido (3). Holanda (1). Chile (1). • 69% depresión mayor; también cribado de depresión positivo, depresión menor, distimia y depresión doble (depresión mayor y distimia). • Adultos principalmente y > 60 años. 	Evaluar la efectividad de intervenciones multifaceta en la mejora de resultados de depresión en AP y definir los elementos clave, pacientes que se beneficiarían y recursos necesarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática. • MEDLINE, Healthstar, CINAHL, PsycINFO, registro especializado de estudios de depresión + búsqueda manual + consulta expertos. • 1966 - febrero 2006 en inglés. • Adultos con depresión en AP, intervenciones que aumentan la atención habitual incorporando al menos un elemento dirigido al paciente del CCM, resultados clínicamente significativos, por ejemplo, cambio en síntomas depresivos. 	<p>Común a todas las intervenciones es la gestión de cuidados, que mejora la adherencia, el uso de medicación y los síntomas a corto plazo. No se observan beneficios en pacientes con depresión menor. En general aumenta el coste.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Butler, 2008 (78)	<ul style="list-style-type: none"> • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones • EE.UU. • 33 estudios (26 de depresión, incluye IMPACT) y 145 artículos anexos de integración de SM en AP. • 3 estudios de integración de AP en SM. • Depresión, ansiedad, desórdenes somáticos, déficit de atención e hiperactividad, y abuso de alcohol con depresión. • Desde 12 años. 	<p>Describir modelos de atención integrada en EE.UU., evaluar la integración de servicios de SM en centros de AP o AP en centros ambulatorios especializados, y analizar las barreras a programas sostenibles, uso de TIC y estructuras de reembolso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática. • MEDLINE, CINAHL, bases Cochrane, PsycINFO, internet + consulta expertos. • 1950-2007 en inglés. • ECA y estudios cuasi-experimentales de alta calidad de depresión, ansiedad, desórdenes somáticos, déficit de atención e hiperactividad, y abuso de alcohol con depresión en EE.UU.; estudios descriptivos (entre ellos artículos anexos a estudios incluidos) y otros documentos relevantes de la «literatura gris» (incluyendo páginas web, actas de conferencias, «white papers» e informes gubernamentales). 	<p>Aunque existe evidencia de que la atención integrada mejora la respuesta al tto y la remisión de depresión, solo en un estudio (IMPACT) se observan beneficios en cuanto a la severidad de síntomas. Las intervenciones pueden ir dirigidas a eliminar obstáculos, crear incentivos u ordenar la atención integrada. No hay diferencias claras entre atención integrada y consulta-enlace.</p> <p>Hay que explorar qué elementos son vitales para lograr los objetivos deseados. Deben incluirse en los estudios pacientes con comorbilidad y minorías para ver quién se beneficia de este modelo.</p>
Christensen, 2008a (30)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (69%). • Reino Unido (21%). • Otros. • 61 % en AP. • (55). • Depresión. • Adultos y ancianos (> 65 años en 21 % estudios). 	<p>Determinar los componentes efectivos de la atención en depresión en AP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática. • Pubmed, PsycINFO, bases Cochrane Central Register of Controlled Trials + búsqueda manual. • 1987 - 2005 en inglés. • ECA, estudios controlados de calidad, adultos, al menos una medida de resultado de depresión, intervenciones comunitarias o en AP, comparación con tto habitual o control de lista de espera. Excluida comorbilidad. 	<p>Hay cinco hallazgos importantes en la revisión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La GC es importante para la atención de la depresión, sobre todo si el gestor informa directamente al médico de AP y si participa en su asistencia mediante actividades de terapia psicológica. Podría aumentar la adherencia a la medicación. 2) Es más eficaz el tto si los gestores de casos tienen formación en SM, obteniéndose buenos resultados con enfermeras, psicólogos y psiquiatras, pero no con farmacéuticos. 3) Existe una asociación significativa entre incorporar las preferencias de los pacientes y los resultados en depresión. 4) La formación de profesionales o el uso de GPC no obtienen mejores resultados, si bien parecen influir en la práctica clínica, la derivación y la colaboración del equipo. 5) Las intervenciones comunitarias se muestran prometedoras.

MODELOS E INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPRESIÓN: RESULTADOS DE UNA META-REVISIÓN

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Christensen, 2008b (101)	<ul style="list-style-type: none"> • Australia. • 43 informes (30 de AP). • Depresión y ansiedad. 	<p>Identificar y examinar la efectividad de programas de depresión y ansiedad en la «literatura gris» de Australia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • «Literatura gris». • 1995-2006. 	<p>La «literatura gris» aporta datos muy limitados sobre resultados en los pacientes de los programas que se desarrollan en Australia, considerándose necesario su conocimiento para la evaluación de dichos programas y su difusión compartida entre los distintos agentes (gestores, profesionales, pacientes).</p>
Griffiths, 2008 (117)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Reino Unido. • Otros. • Depresión. 	<p>Revisar la efectividad de modelos asistenciales de depresión en AP.</p>	<p>Meta-revisión de 6 revisiones de los autores, centrada fundamentalmente en la 1ª de ellas (Christensen 2008a) (30), en que se incluyen ECA o estudios controlados de calidad sobre intervenciones comunitarias, intervenciones telefónicas, atención colaborativa y modelos de un único profesional, en los que se refieren resultados de depresión.</p>	<p>Son efectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de cuidados, atención potenciada y autoayuda guiada: dan mejores resultados que el tto habitual o control, siendo la evidencia en el primer caso mayor, • revisión de roles profesionales: GC por enfermeras o psicólogos, • incorporar las preferencias de pacientes en la atención, • las intervenciones tempranas, tto y programas de prevención pueden mejorar efectivamente los resultados de depresión en centros comunitarios no de AP, incluyendo escuelas e internet. <p>La formación de médicos de AP y la difusión de GPC no mejoran los resultados de depresión. Las razones para ello no están claras. Tampoco mejoran los resultados con la monitorización por farmacéuticos.</p> <p>Los datos sugieren que se adquiriría valor al incorporar un gestor de SM en AP.</p> <p>Habría que explorar las posibilidades de la telemedicina en este campo.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Hall, 2008 (98)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU (16). Reino Unido (28). (44). • Enfermedades psiquiátricas. 	<p>Revisar los principales enfoques para gestionar la asistencia en SM, cómo operan y sus implicaciones para las diferentes partes implicadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática. • British Nursing Index, CINAHL, Embase, Psyciatry, PsycINFO, International Biography of the Social Sciences, Ovid MEDLINE, Cochrane database, registro UK National Research, NHL Evidence Based Reviews, British Library Catalogue. • En general 1980-2007 sin restricción de idioma. • Estudios cuantitativos y cualitativos, no investigaciones revisadas por pares y textos de autores respetados sobre los caminos a la atención integrada, guías clínicas, planes de atención, modelos de enfermería, GC y el programa CPA dentro de la asistencia en SM. 	<p>Planes de atención: es un modo estructurado de trabajo en enfermería. Escasa evidencia sobre su efectividad. GC: puede ser interna o externa. Requiere inversión. Se incluye una revisión sobre sus beneficios e inconvenientes.</p> <p>Caminos de atención integrada: no se dispone de una evaluación rigurosa de este sistema.</p> <p>Programa CPA: modelo especial de GC. Parece que no es efectivo.</p> <p>Guías clínicas de SM: los estudios sobre eficacia e impacto no son totalmente convincentes.</p> <p>Se señalan las dificultades de evaluar la efectividad de los diferentes modelos por la variabilidad de las políticas y los enfoques teóricos a lo largo del tiempo.</p>
Katon, 2008 (89)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU., ¿otros? • Depresión mayor. 	<p>Describir las intervenciones de atención colaborativa que han mostrado efectividad en la QI de atención y los resultados de pacientes con depresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • Estudios y metaanálisis que describen el efecto de las intervenciones de atención colaborativa para mejorar la calidad y resultados de pacientes de AP con depresión. 	<p>Tres enfoques para disminuir la prevalencia de depresión: mejorar diagnóstico, prevenir cronicidad y prevenir recaída.</p> <p>Para ello se proponen modelos colaborativos escalonados basados en el modelo de Wagner (CCM). En comparación con AP habitual la atención colaborativa duplica la adherencia a antidepresivos, mejoran los resultados de depresión que duran hasta 2-5 años y aumenta la satisfacción de pacientes y clínicos de AP.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Lu, 2008 (87)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (45 % de estudios en HMO; 6 estudios en IPA, organizaciones de modelo de red y MCO Medicare y Medicaid; y el resto -40 %- no lo detalla). • 164 documentos. • Depresión y otras enfermedades. 	<p>Actualizar la revisión de intervenciones para mejorar la calidad y eficiencia de uso de medicamentos en centros de atención gestionada en EE.UU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de revisión sistemática previa de los mismos autores. • MEDLINE, Embase + búsqueda manual. • Julio 2001 - junio 2007. • ECA, estudios antes-después con grupo comparación no aleatorizado, series de tiempo interrumpidas, al menos 20 sujetos en cada grupo; EE.UU., MCO; descripción de intervenciones dirigidas a uso de medicación, incluyendo medicamentos OTC, plantas o vitaminas; descripción clara de métodos, y medida de resultados relacionados con medicamentos. Se incluyen programas de GE centrados en farmacoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias efectivas: <ul style="list-style-type: none"> – Formación académica cara a cara. – Alertas y recordatorios informáticos a corto plazo (no se conocen efectos a largo plazo). – Atención colaborativa conducida por farmacéuticos. • No efectivas: <ul style="list-style-type: none"> – Diseminación de material. – Educación en grupo (no concluyente). <p>Se confirma que las intervenciones multifaceta tienen más probabilidades de ser exitosas en cambiar el uso de medicación que aquellas que usan estrategias únicas. Es difícil extraer conclusiones definitivas acerca de la contribución de componentes individuales al efecto global de las intervenciones multicomponente. Se debe investigar si intervenciones exitosas en HMO lo serían en organizaciones con otro tipo de gestión.</p>
Maxwell, 2008 (25)	<ul style="list-style-type: none"> • Reino Unido. • Alemania. • Portugal. • Finlandia. • Holanda. • Noruega. • Suecia. 	<p>Presentar varias iniciativas y proyectos de abordaje holístico a la depresión en Europa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No revisión. • Complementario al informe de European Forum for Primary Care (197). 	<p>El artículo intenta mostrar posibles vías de manejo de la depresión que incluyan prevención y tto centrados en AP.</p> <p>Se señalan los problemas en la definición de depresión y se describen como modelos principales la GC, la atención escalonada y los modelos colaborativos. Se analizan los aspectos de comorbilidad, autocuidados, soporte social y la población anciana; la formación de los profesionales y las diferentes posibilidades de mejora en los equipos de AP.</p> <p>Se concluye subrayando la necesidad de enfoques integradores, basados en AP que tengan en cuenta las necesidades físicas, psíquicas y emocionales, y que asuman también tareas de promoción y prevención.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Skultety, 2008 (85)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (IMPACT, PROSPECT, PRISM-E, Pathways). • Holanda. • Alemania. • Depresión. • Ancianos. 	Revisar la evidencia reciente de modelos de atención integrada en depresión geriátrica en AP.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • Estudios a gran escala de atención colaborativa dirigida a ancianos. 	Se aporta evidencia que sugiere que la atención integrada que ofrece componentes de tto psicosocial puede ser efectiva en el tto de depresión mayor. No está tan claro que estos modelos sean exitosos en tratar depresión menor. Se desconoce qué tto psicosociales son más adecuados o efectivos en AP. Se considera importante la participación activa de los pacientes y disponer de profesionales con experiencia en geriatría, como gestores de casos y clínicos asistenciales.
Harkness, 2009 (95)	<ul style="list-style-type: none"> • Reino Unido (35). • EE.UU. (2). • Australia (1). • Nueva Zelanda (1). • Sri Lanka (1). • Holanda (1). • Alemania (1) (42). • Enfermedades psiquiátricas. 	Determinar los efectos directos e indirectos de trabajadores de SM administrando terapia psicológica e intervenciones psicosociales sobre la conducta de profesionales de AP.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de revisión sistemática previa de uno de los autores y metaanálisis Cochrane. • MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, CENTRAL. • 1998-2007 en inglés. • ECA, estudios controlados antes-después y análisis de series interrumpidas de tiempo, trabajadores de SM trabajando in situ con profesionales de AP, intervenciones psicosociales y terapia psicológica. • Variedad de perfiles de trabajadores: consejeros (16 estudios), psicólogos (11), psiquiatras (5), enfermeras psiquiátricas comunitarias (7), enfermeras terapeutas (1), enfermeras de AP (1) y trabajadores sociales (1). 	Los efectos de trabajadores de SM en el modelo de sustitución sobre la conducta de profesionales de AP son de 2 tipos: directos (cambios en la conducta de los profesionales hacia los pacientes bajo la atención clínica directa de los trabajadores de SM) e indirectos (cambios en la conducta de profesionales hacia la población de AP en general, no solo hacia los pacientes derivados a los citados trabajadores). La presencia de estos trabajadores disminuye las consultas en AP, prescripción de psicótipos, costes de prescripción y tasas de derivación a SM. Los cambios son modestos en magnitud, inconsistentes, no se pueden generalizar, y su significancia clínica y económica no está clara.

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Huang, 2009 (86)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU (3, IMPACT, PROSPECT y PRISM-E). • Depresión. • ≥ 60 años. 	Identificar los elementos efectivos de atención colaborativa en depresión en ancianos.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática. • MEDLINE, Embase y The Cochrane Library. • Hasta 2007? sin restricción de idioma. • ECA, con tasa de abandono <50%, intervenciones de atención colaborativa, depresión (en cualquier escala de diagnóstico), inclusión de pacientes con comorbilidad física, pero no psiquiátrica ni demencia. 	Las intervenciones colaborativas en depresión en ancianos son más efectivas que la atención habitual. A los 6 y 12 meses los pacientes tienen menos síntomas y menos ideas de suicidio. El componente más efectivo es la toma de medicación y debería investigarse el efecto de la psicoterapia. Las intervenciones no aumentan los costes. La comunicación entre AP y SM no parece influir en los resultados.
Meyer, 2009 (114)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Ansiedad y depresión. 	Revisar modelos para tratar enfermedades mentales comunes en AP, concretamente depresión y ansiedad.	Revisión no sistemática.	Se revisan los tto por: profesionales de medicina general, de SM primaria, atención colaborativa y telepsiquiatría. La ineffectividad de estrategias solas ha llevado al desarrollo de programas colaborativos. Estos pueden no ser factibles en el entorno rural, donde ha mostrado su efectividad la telepsiquiatría, pudiendo resultar incluso más barata. Barrera financiera a la implementación de servicios de gestión de cuidados. Existe evidencia creciente de que la comorbilidad psiquiátrica puede aumentar la morbilidad o mortalidad en ciertas enfermedades médicas. Se necesita más investigación en este campo.

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTO	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Parrish, 2009 (67)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (8). • Canadá (2, 1 estudio se hace en ambos países). • (12, se desconoce el origen de 3). • Depresión, depresión mayor en 2 estudios. • Adultos. 	<p>Revisar la evidencia sobre los resultados clínicos de pacientes con depresión tratados por enfermeras psiquiátricas, profesionales de AP y otros profesionales de SM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • MEDLINE, PsycINFO, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature + otros. • 1995-2005. • Estudios sobre el tto de depresión por parte de enfermeras psiquiátricas (4), enfermeras de AP, médicos, psiquiatras y psicólogos, que están centrados en datos e incluyen resultados clínicos. 	<p>Existe una investigación limitada en los resultados de atención prestada por enfermeras psiquiátricas. Según estos informes, son tan efectivas como otros profesionales de AP. Los pacientes están satisfechos con ellas, y estas tienen mayor disponibilidad para organizar citas y dedicar tiempo al paciente. Existe más investigación de los resultados de atención con otros profesionales de SM.</p>
Rubenstein, 2009 (79)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (23). • Reino Unido (3). • Holanda (1). • Chile (1). • (28). • 69 % depresión mayor; también cribado de depresión positivo, depresión menor, distimia y depresión doble (depresión mayor y distimia). • Adultos principalmente y > 60 años. 	<p>Determinar cuáles son las intervenciones clave que caracterizan las intervenciones colaborativas y qué factores adicionales están más ligados a efectos de resultados aumentados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meta-regresión de revisión sistemática de Williams et al.(77). • MEDLINE, Healthstar, CINAHL, PsycINFO, registro especializado de estudios de depresión + búsqueda manual + consulta expertos. • 1966 - febrero 2006 en inglés. • Adultos con depresión en AP, intervenciones que aumentan la atención habitual incorporando al menos un elemento dirigido al paciente del CCM, resultados clínicamente significativos, por ejemplo, cambio en síntomas depresivos. 	<p>Se identifican estos factores clave en las intervenciones colaborativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implicación activa de clínicos de AP y especialistas de SM en la gestión de pacientes, • gestores de cuidados evalúan los síntomas de pacientes inicialmente y durante el seguimiento con una escala estandarizada, • gestores de cuidados evalúan la adherencia al tto durante el seguimiento, • la intervención colaborativa incluye al menos 16 semanas de seguimiento activo del paciente.
Simon, 2009 (115)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (incluye IMPACT). • Reino Unido. • India. • Chile. • Trastornos del humor. 	<p>Revisar la efectividad de programas de atención colaborativa en depresión en diversos entornos de AP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión no sistemática. • Metaanálisis de estudios aleatorizados, y estudios recientes de atención colaborativa en depresión en diversos entornos de AP. 	<p>La atención colaborativa es coste-efectiva a largo plazo. Se plantean estrategias más eficientes (correo electrónico, mensajes de texto, etc.) para la extensión y monitorización. Se precisan más estudios para conocer su efectividad en trastornos psiquiátricos más severos.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
Bassilios, 2010 (63)	<ul style="list-style-type: none"> país (nº estudios primarios) tipo de depresión poblaciones <ul style="list-style-type: none"> Australia. Enfermedades psiquiátricas. 	<p>Revisar el impacto recíproco de tto psicológicos de 2 reformas de SM primaria (ATAPS y Better Access, introducidos en 2001 y 2006) y el impacto de la situación (ruralidad y perfil socioeconómico) en la aceptación de ambos programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> fuentes años criterios <p>No revisión.</p>	<p>Revisa el impacto de dos programas destinados a mejorar el acceso a SM. Ambas iniciativas son bien aceptadas en la medida en que cubren carencias previas, y su implementación se considera como complementaria.</p> <p>Se identifica una relación débil aunque significativa entre sesiones de ATAPS, y nivel socioeconómico y ruralidad, y una relación moderada entre dichas variables y Better Access.</p>
Bauer, 2010 (116)	<ul style="list-style-type: none"> Australia. Etiopia. Enfermedades psiquiátricas. 	<p>Señalar el reto de la SM global y presentar 2 modelos de consulta-enlace exitosos, uno en una región con escasos recursos en un país de elevado poder adquisitivo (Australia) y otro en un país de bajo nivel adquisitivo (Etiopia).</p>	<p>Revisión no sistemática.</p>	<p>Considera que la consulta-enlace es un modelo efectivo para atención a la depresión en zonas deprimidas, pero no aparecen datos de qué indicadores de mejora utilizan. Como elemento necesario para este modelo menciona la motivación de los participantes.</p>
Cape, 2010 (68)	<ul style="list-style-type: none"> EE.UU (2, clínica de AP de centro de veteranos y HMO). Reino Unido (1, consulta). Italia (1, consultas). Taiwan (1, clínicas en hospital general). Depresión, con elevado riesgo de síntomas depresivos o hiperfrecuentadores. Adultos. 	<p>Evaluar la efectividad de servicios de consulta-enlace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión sistemática y metaanálisis (3 estudios). MEDLINE, PsycINFO, Embase + búsqueda manual. Hasta julio 2008 en inglés. ECA, modelos de asistencia en SM en AP, diagnóstico o síntomas de depresión, adultos. 	<p>No se asocia este modelo con aumento importante en la tasa de prescripción de antidepresivos o con beneficios importantes en los resultados de depresión. Los efectos del modelo de consulta-enlace pueden estar moderados por la naturaleza de la relación profesional entre especialista y médico de AP.</p> <p>La futura evaluación del modelo de consulta-enlace podría beneficiarse de trabajos cualitativos sobre el proceso de interacción entre el profesional especialista y de AP.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Collins, 2010 (31)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Enfermedades psiquiátricas. • Todas las edades. 	Revisar las experiencias de atención integrada en EE.UU.	<ul style="list-style-type: none"> • No revisión. • Incluye las principales revisiones sistemáticas publicadas en relación con los diferentes modelos y analiza en cada caso la evidencia existente. 	<p>Establecen y evalúan 8 modelos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colaboración entre servicios separados. 2. Servicios de AP que atienden en primera instancia la SM (incluyen aquí consulta-enlace). 3. Co-locación. Servicios separados que comparten el mismo espacio. 4. GE, que identifican con el CCM de Wagner subrayando la figura del gestor de cuidados. 5. Co-locación inversa. El médico de AP está en los centros de SM. 6. AP y SM unificadas. Integración asistencial, administrativa y financiera. 7. SM desde AP. El médico de AP como principal profesional. Visión comunitaria. 8. Sistemas colaborativos. Con gran variabilidad en cuanto a integración y dirigido fundamentalmente a pacientes de alto riesgo. <p>Se concluye apostando por la integración y se hacen una serie de recomendaciones finales en cuanto a planificación, diseño e implementación.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Katon, 2010 (56)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Depresión. 	Revisar la evolución de la atención colaborativa y nuevas iniciativas en su investigación.	No revisión.	<p>Los componentes clave de la atención colaborativa en depresión desarrollada en EE.UU. incluyen componentes clave esenciales del CCM.</p> <p>Cuatro iniciativas de atención colaborativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzos de diseminación organizada (IMPACT, RESPECT, DIAMOND, VA TIDES and WAVES, Kaiser). <p>Requieren compromiso de líderes locales y nacionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de GC combinada de depresión y enfermedades médicas comórbidas. • Ensayos en poblaciones especiales. • Enfoques participativos comunitarios. <p>Retos actuales: la colaboración local y federal en mecanismos financiadores para facilitar la implementación de las aproximaciones basadas en la evidencia de la atención colaborativa en depresión y otras enfermedades mentales comunes en AP en diversos ambientes de pago, y el desarrollo de la investigación para determinar los modos óptimos para apoyar y acelerar la diseminación.</p>
Mauer, 2010 (59)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. • Enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias. 	Revisar modelos, investigación y enfoques para mejorar la atención en la interfaz AP-SM en el sector público en EE.UU.	No revisión.	<p>Repasa el modelo de los 4 cuadrantes. El cuidado escalonado puede aplicarse a cualquier de ellos. Peculiaridades de cada comunidad. Para conseguir cambios se necesitan fondos, liderazgo, un sistema aceptado por todos, indicadores medibles de progreso y compromiso para su consecución.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
Peters, 2010 (57)	<ul style="list-style-type: none"> • Holanda. • Depresión. 	<p>Describir la evolución de la atención integrada en depresión en Holanda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No revisión. • Documentos importantes de política holandesa, encuesta nacional 2007, informes, descripciones de proyectos + Pubmed, Google + contacto personas clave. 	<p>Repaso histórico de la organización de los servicios de SM en Holanda desde los 80 en que era fragmentada y empiezan a crearse programas. La SM tiene equipos multiprofesionales y el 90% del cuidado es ambulatorio.</p> <p>En 2007 analizan la calidad de 20 programas de atención en depresión, siendo mejorable en bastantes aspectos.</p> <p>Las iniciativas de los programas han partido principalmente de las universidades y del intento de frenar derivaciones injustificadas. Los cambios hacia la incorporación de actitudes comerciales en el sistema de salud parecen haber condicionado el proceso.</p> <p>Consideran que hay poca experiencia en la GE, excepto en diabetes. Hay proyectos para disminuir la brecha entre niveles mediante atención escalonada.</p> <p>En muchos casos la investigación se dirige a la implementación.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
van der Feltz-Cornelis, 2010 (88)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.UU. (9, 4 en HMO); se incluyen IMPACT y Pathways). Holanda (1). (10 estudios, 6 en pacientes con depresión). • Desorden mental (como depresión o desorden somatoforme), síntomas inexplicados o hiperfrecuentes. 	<p>Evaluar la efectividad de consulta psiquiátrica y sus elementos especialmente efectivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de revisión sistemática previa de los autores y metaanálisis. • Pubmed, PsycINFO, Embase, The Cochrane Library (incluyendo Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Health Technology Assessment Database, NHS Economic Evaluation Database) + búsqueda manual + archivos personales + consulta expertos. • Hasta junio 2009 sin restricción de idioma. • ECA, 1 consulta psiquiátrica presencial (sin dar lugar a derivación) como intervención única o como parte de atención colaborativa, resultados separados de esta intervención, AP, comparación con atención habitual. Incluida comorbilidad física. • Clasificación de intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> – Atención colaborativa con psiquiatra que pasa consulta presencial en centros de AP, y psiquiatra supervisada a gestor de cuidados y médico de AP (4 estudios). 	<p>Medidas de resultado consideradas: funcionamiento general, uso de servicios sanitarios, síntomas psicológicos y síntomas médicos.</p> <p>La consulta psiquiátrica mejora la adherencia al tto en depresión, observándose mayores efectos en el trastorno somatoforme. Los efectos de la consulta psiquiátrica en depresión solo se han estudiado en el contexto de atención colaborativa, por lo que es difícil definir la contribución exacta del psiquiatra en la intervención.</p> <p>En aquellos ECA en que, tras la consulta, se da el asesoramiento por escrito se observa mayor tamaño de efecto.</p>

PRIMER AUTOR Y AÑO	CONTEXTOS • país (nº estudios primarios) • tipo de depresión • poblaciones	OBJETO DE LA REVISIÓN	MODELO DE REVISIÓN • fuentes • años • criterios	RESULTADOS PRINCIPALES
van der Feltz-Cornelis; 2010 (88)			<ul style="list-style-type: none"> - Consulta psiquiátrica presencial única en centros de AP, con médico de AP, y psiquiatra aconseja a médico de AP y paciente por escrito (3). - Atención colaborativa con psiquiatra que pasa consulta presencial en centros de AP, y psiquiatra asesora a médico de AP (1). - Consulta psiquiátrica presencial única fuera de centros de AP, y volante de derivación al médico de AP (2). 	

ANEXO III. AMSTAR (42)

AMSTAR	
1. Was an «a priori» design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, Embase and MEDLINE). Key words and/or MeSH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language, etc.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? «A priori» methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I ²). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
11. Was the conflict of interest stated? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable

