



## INFORME FINAL

*Efectividad de la consultoría de salud mental  
en la Atención Primaria de la Salud en el contexto  
del Modelo Comunitario de Atención en Salud  
Mental:  
“Una revisión sistemática y meta-análisis”*

LICITACIÓN 757-59-L116  
ENCARGADO POR EL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS SANITARIAS DEL MINISTERIO DE SALUD  
AL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Octubre, 2016





# LICITACIÓN 757-59-L116

## INFORME FINAL

---



## ***Autores***

### **Dr. Med. Graciela Rojas**

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).*

### **Ps. Pablo Martínez**

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).  
Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile.  
Centro de Innovación en Tecnologías de la Información para Aplicaciones Sociales (CITIAPS),  
Universidad de Santiago de Chile.*

### **QF. Ariel Castro, Mg. Epidemiología Clínica**

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Subdirección de Investigación, Hospital Clínico Universidad de Chile.*

### **Paul Vöhringer M.D. M.Sc. M.P.H.**

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).  
Mood Disorders Program, Tufts Medical Center, Tufts University. Boston, USA.*

### ***Registro del protocolo de revisión sistemática***

*El protocolo de esta revisión sistemática se registró con el número CRD42016045699 en  
International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO,  
<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>).*

### ***Financiamiento***

*Esta revisión sistemática y meta-análisis fue financiada por la licitación LE-757-59-L116, del  
Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública.*

### ***Agradecimientos***

*Los autores agradecen el apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del  
Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio,  
Proyecto IS130005.*

## *Tabla de contenido*

Sección I: Resumen Ejecutivo .....	9
1. Antecedentes .....	9
2. Objetivos .....	9
3. Métodos .....	9
4. Resultados .....	9
5. Conclusiones.....	10
Sección II: Protocolo de Estudio .....	11
1. Introducción .....	11
2. Objetivos .....	12
2.1. Objetivo general .....	12
2.2. Objetivos específicos .....	12
3. Métodos .....	13
3.1. Criterios de elegibilidad .....	13
3.2. Fuentes de información .....	16
3.3. Estrategia de búsqueda .....	16
3.4. Registros de los estudios .....	16
3.5. Extracción de datos .....	18
3.6. Priorización de desenlaces .....	18
3.7. Riesgo de sesgo de los estudios individuales .....	19
3.8. Síntesis de los datos.....	20
3.9. Meta-sesgos.....	21
3.10. Confianza en la evidencia acumulada .....	22
Sección III: Resultados .....	23
1. Proceso de selección .....	23
2. Características de los estudios incluidos .....	24
2.1. Diseño de estudio .....	24
2.2. Contexto .....	24
2.3. Participantes .....	31
2.4. Intervenciones .....	32
2.5. Comparadores .....	34
2.6. Desenlaces.....	35
3. Riesgo de sesgo de los estudios individuales .....	38
3.1. Generación de la secuencia .....	38
3.2. Ocultación de la secuencia de asignación .....	38

3.3.	Cegamiento de los participantes y de personal.....	39
3.4.	Cegamiento de los evaluadores.....	40
3.5.	Datos de desenlace incompletos .....	40
3.6.	Notificación selectiva.....	40
4.	Efectos de las intervenciones .....	40
4.1.	Heterogeneidad de los estudios incluidos.....	40
4.2.	Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS .....	42
4.3.	Consultoría de salud mental versus Tratamiento especializado .....	45
4.4.	Consultoría de salud mental mejorada versus Consultoría de salud mental usual.....	46
4.5.	Consultoría de salud mental versus Cuidados colaborativos .....	47
4.6.	Consultoría de salud mental más Tratamiento usual versus Terapia de resolución de problemas más Tratamiento usual .....	49
5.	Meta-sesgos .....	50
6.	Confianza en la evidencia acumulada .....	50
6.1.	Psicopatología.....	50
6.2.	Estado de salud física.....	51
6.3.	Estado de salud mental .....	51
6.4.	Funcionamiento social.....	51
6.5.	Percepción de salud general.....	51
6.6.	Días en cama.....	52
6.7.	Satisfacción con el tratamiento .....	53
6.8.	Consultas a servicios de salud .....	53
6.9.	Gastos en salud.....	53
6.10.	Uso de fármacos.....	53
6.11.	Casos especiales.....	54
	Sección IV: Discusión .....	55
1.	Resumen de los resultados principales .....	55
2.	Compleción general y aplicabilidad de las pruebas .....	55
3.	Calidad de las pruebas.....	59
4.	Sesgos potenciales en el proceso de revisión .....	59
5.	Acuerdos y desacuerdos con otros estudios o revisiones.....	60
	Sección V: Conclusión.....	62
1.	Implicancias para la práctica .....	62
2.	Implicancias para la investigación .....	62
	Referencias .....	64

Sección VI: Anexos.....	69
1. Lista de comprobación PRISMA[21] .....	69
2. Estrategias de búsqueda .....	72
3. Reportes revisados a texto completo y excluidos .....	78
4. Tablas de Resumen de la Información .....	80
5. Meta-análisis .....	94

## Sección I: Resumen Ejecutivo

---

### 1. Antecedentes

El Ministerio de Salud de Chile solicitó una revisión sistemática de la evidencia sobre la efectividad de la consultoría de salud mental en la atención primaria de salud (APS), con el objetivo de fortalecer su implementación.

### 2. Objetivos

Evaluar sistemáticamente la evidencia internacional sobre la efectividad de la implementación de la consultoría de salud mental en la APS en el contexto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

### 3. Métodos

En esta revisión sistemática y meta-análisis, se revisaron Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Registered of Controlled Trials, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Excerpta Medica dataBASE, PubMed, PsycINFO, y Scientific Electronic Library Online Citation Index, y listados de referencias, desde el comienzo hasta el 4 de Julio 2016, estudios aleatorizados y no aleatorizados que evaluaron la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS y que aportaron medidas de desenlace clínicas, centradas en el paciente, y/o de uso de servicios. El proceso de selección de los estudios, extracción de los datos y evaluación del riesgo de sesgo fue llevado a cabo independientemente y en duplicado por dos autores. Se realizaron síntesis cualitativas y meta-análisis de la evidencia recopilada, previa consideración de la heterogeneidad clínica, metodológica y estadística. Los resultados fueron agrupados por tipo de comparación y desenlace. Se evaluó la calidad de la evidencia utilizando el enfoque GRADE. No fue viable el análisis de sesgo de publicación debido a la escasa cantidad de estudios incluidos por desenlace.

### 4. Resultados

Se identificaron 951 registros únicos que fueron sometidos al proceso de selección, resultando en la inclusión de 12 estudios en los que participaron 1628 usuarios, más de 334 proveedores de APS, y más de 32 especialistas en salud mental y psiquiatría. Hubo 11 ensayos controlados cuasi-aleatorios y 1 ensayo clínico aleatorio. Ocho estudios efectuaron comparaciones entre consultoría de salud mental y tratamiento usual en la APS, el resto comparó la consultoría de salud mental con otros tipos de intervención.

La comparación entre la consultoría de salud mental y el tratamiento usual en la APS no fue favorable para la intervención respecto a la reducción o remisión de la psicopatología en dos estudios, o la mejoría en el funcionamiento social en igual número de casos. Sin embargo, en tres estudios, la evaluación de un subgrupo de pacientes con trastornos de somatización demostró la superioridad de la intervención en la mejora del estado de salud física (efectos aleatorios,  $n = 312$ , MD 6,81, IC95% 2,51 a 11,10,  $I^2 = 60,58\%$ ), en el uso de servicios de salud, y en la disminución de gastos de salud a largo plazo. Se observó que para pacientes deprimidos la consultoría de salud mental podría aumentar la prescripción y la adherencia a fármacos en el mediano y largo plazo.

Solo un estudio comparó la consultoría de salud mental con los cuidados colaborativos, presentando un resultado más favorable para estos últimos en la reducción de síntomas depresivos y la discapacidad funcional, la demanda sobre servicios de salud ambulatorios, y el uso de antidepresivos, aunque generan un mayor gasto de salud que la consultoría de salud mental.

La calidad de la evidencia fue baja o muy baja para la mayoría de los desenlaces evaluados. Además de un alto riesgo de sesgo presente en distintos dominios de los estudios evaluados, las pruebas presentaron una heterogeneidad inexplicada y el tamaño pequeño de los estudios supuso imprecisiones relevantes de las estimaciones que redujeron considerablemente la confianza en el conjunto de pruebas.

## 5. Conclusiones

El modelo de consultoría de salud mental en la APS logró resultados favorables en pacientes con trastornos de somatización. De acuerdo a la evidencia aportada por un solo estudio, la comparación con los cuidados colaborativos no fue favorable para la intervención en el manejo de la depresión. No obstante, la baja o muy baja calidad de la evidencia merece cautela al momento de juzgar el efecto de la intervención.

Se reconoce la falta de ensayos clínicos de calidad que comparen a esta intervención con otros tratamientos (por ejemplo, cuidados colaborativos), en poblaciones infanto-juvenil o de adultos mayores, en grupos de usuarios con trastornos mentales severos. Es relevante que nuevas investigaciones presten especial atención a las potenciales fuentes de sesgo, ciñéndose a los estándares actuales de implementación y reporte de ensayos clínicos.

## Sección II: Protocolo de Estudio

---

### 1. Introducción

Los trastornos de salud mental son un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su prevalencia, grado de discapacidad y altos costos asociados.<sup>[1]</sup> En Chile, la carga de enfermedad atribuida a las condiciones neuro-psiquiátricas se estima en un 23,2%, constituyéndose en la primera causa de muerte prematura y discapacidad.<sup>[2]</sup>

En el vigente Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, los equipos de la atención primaria de salud (APS) incorporan estrategias de promoción y prevención en salud mental, proveen asistencia sanitaria caracterizada por la detección, el tratamiento y la derivación de los problemas de salud mental en forma oportuna,<sup>[3]</sup> sustentándose en principios propios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, como la integralidad y continuidad de los cuidados, centrado en las personas, su familias y comunidades.<sup>[4]</sup>

La integración de un componente de salud mental en la APS ha resultado ser un proceso complejo y frecuentemente las personas que se presentan a los centros de APS con patologías psiquiátricas son sub-diagnosticadas y no siempre reciben los tratamientos adecuados,<sup>[5-11]</sup> aun cuando existen intervenciones complejas de probada efectividad que requieren de la coordinación entre los trabajadores de la salud involucrados en la APS.<sup>[12-15]</sup>

Para mejorar la capacidad resolutive de la APS en el manejo de las patologías mentales y los resultados en pacientes afectados por ellas, el apoyo del nivel secundario desempeña un papel fundamental mediante el vínculo y soporte continuo de equipos especializados,<sup>[16-17]</sup> por lo que la consultoría de salud mental ha sido conceptualizada como un recurso cardinal en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, aun cuando su efectiva instalación en la APS chilena ha tenido ciertas limitaciones.<sup>[18]</sup>

Con el objetivo de servir al propósito del Ministerio de Salud de Chile en el fortalecimiento de la implementación de la consultoría de salud mental dentro del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, se llevó a cabo una revisión sistemática y meta-análisis de la efectividad de esta intervención en APS.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

- 2.1.1. Evaluar sistemáticamente la evidencia internacional sobre la efectividad de la implementación de la consultoría de salud mental en la APS en el contexto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

### **2.2. Objetivos específicos**

- 2.2.1. Evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos en esta revisión sistemática.
- 2.2.2. Elaborar una síntesis cualitativa de resultados mediante tablas comparativas que consideren características particulares de los estudios.
- 2.2.3. Realizar una síntesis estadística (meta-análisis) de los resultados de los estudios incluidos.
- 2.2.4. Evaluar la calidad del conjunto de pruebas.
- 2.2.5. Evaluar la heterogeneidad de los estudios incluidos en la revisión
- 2.2.6. Evaluar la factibilidad de utilizar en el contexto nacional los indicadores de efectividad comunes a los estudios incluidos en esta revisión sistemática y meta-análisis.

### 3. Métodos

La presente revisión sistemática y meta-análisis siguió las recomendaciones de la Colaboración Cochrane, específicamente aquellas indicadas en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones.<sup>[19]</sup> Para asegurar la transparencia y calidad en el reporte del protocolo de esta revisión, como de sus resultados, el presente informe se ciñó a las listas de comprobación de las declaraciones PRISMA (Ver Sección VI: Anexos, 1.Lista de comprobación PRISMA).<sup>[20-21]</sup>

#### 3.1. Criterios de elegibilidad

La Colaboración Cochrane distingue entre los estudios incluidos en revisiones sistemáticas y las publicaciones –artículos- de estos.<sup>[19]</sup> Es habitual que un proyecto de investigación de una intervención compleja tenga varias publicaciones asociadas, por lo mismo, se especificaron criterios de elegibilidad de los estudios (tipo de población, intervención, comparadores, medidas de desenlace y diseño del estudio) y de las publicaciones (lenguaje, tipo y año de la publicación). Las declaraciones PRISMA establecen la necesidad de esta distinción.<sup>[20-21]</sup>

3.1.1. **Población:** Los estudios deben haber sido realizados en la APS, y pudieron haber aportado información sobre dos tipos de participantes:

3.1.1.1. *Usuarios:* Personas, sin distinción por edad, sexo o etnia, que se presentaron a los establecimientos de salud en búsqueda de ayuda por algún problema de salud mental. Los problemas de salud mental deben haber sido diagnosticados mediante criterios estandarizados (ICD-9, ICD-10, DSM-III, DSM-IV, o DSM-5),<sup>[22-26]</sup> o con cuestionarios validados (SCL-90, PDSQ, MDQ, AUDIT o BPRS, entre otros),<sup>[27-31]</sup> y realizado por personal del estudio debidamente entrenado, aquellos estudios que no cumplan esta condición serán excluidos.

3.1.1.2. *Equipos de salud en la APS:* trabajadores de la salud que intervinieron a los usuarios previamente definidos y/o que fueron asistidos por equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria.

3.1.2. **Intervención:** Existen distintas definiciones de consultoría de salud mental en la literatura,<sup>[32-37]</sup> no obstante, se adaptó la definición propuesta en el texto Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones, del Ministerio de Salud de Chile,<sup>[38]</sup> para determinar los siguientes criterios de elegibilidad de la intervenciones:

- 3.1.2.1. El equipo de salud del nivel primario actuó como consultante y el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria como consultor.
  - 3.1.2.2. Participaron los médicos de la APS que trataron a los pacientes incluidos en esa consultoría, ya sea en forma presencial, mediante la revisión de ficha clínica o con asistencia de tecnologías de la información.
  - 3.1.2.3. La consultoría fue efectuada regularmente por los mismos miembros del equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria.
  - 3.1.2.4. La atención especializada de los pacientes referidos desde los establecimientos de la APS estuvo a cargo del mismo equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria.
  - 3.1.2.5. No fueron componentes activos de la intervención la capacitación al equipo de salud del nivel primario, los cuidados colaborativos (en los que uno de sus componentes fue la consultoría de salud mental), y el acoplamiento (en que el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria se anexaron al establecimiento de APS).
- 3.1.3. **Comparadores:** Otra intervención descrita como “activa” en el estudio, tratamiento usual, lista de espera, placebo, o sujetos sometidos a la intervención que actuaron como sus propios controles (ver punto 3.1.5. Diseño del estudio).
- 3.1.4. **Medidas de desenlace:** Medidas de desenlace o períodos de seguimiento específicos no fueron considerados criterios de elegibilidad, esto permitió evaluar la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS para una amplia gama de resultados en el corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, utilizando la clasificación propuesta por Velentgas et al.,<sup>[39]</sup> especial atención merecieron los desenlaces de tipo:
- 3.1.4.1. *Clínico:* Reportados por personal entrenado en relación a la presencia, ausencia, aparición o recurrencia de algún problema de salud mental, como medida objetiva.
  - 3.1.4.2. *Centrados en el paciente:* Tales como el auto-reporte de síntomas psiquiátricos con el uso de escalas estandarizadas, medidas genéricas de calidad de vida relacionada a la salud o satisfacción con el tratamiento. Lo

relevante es que estas medidas fueron obtenidas desde la perspectiva del paciente.

- 3.1.4.3. *Uso de servicios:* Por ejemplo, adherencia al tratamiento, consultas a servicios de salud mental especializados y hospitalizaciones.
- 3.1.5. **Diseño del estudio:** Esta revisión pretendió lograr el mejor balance entre la validez interna y la validez externa de la evidencia incluida, para ello se consideraron las recomendaciones del Cochrane Consumers and Communication Group,<sup>[40]</sup> que complementan y actualizan los lineamientos del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones.<sup>[19]</sup> De acuerdo a lo anterior, además de la inclusión de ensayos clínicos aleatorizados (RCTs), también resultaron elegibles aquellos estudios que cumplieron las siguientes características:
  - 3.1.5.1. *Ensayos controlados cuasi-aleatorios (CCTs):* Ensayos en los que no se pudo determinar con certeza la utilización de un método de asignación aleatorio, o bien emplearon un método de asignación que no fue estrictamente aleatorio (p. ej., fechas de nacimiento).
  - 3.1.5.2. *Estudios pre/post con grupo control (CBAs):* Estudios sin asignación aleatoria en que se pudo identificar un grupo control y un grupo activo que recibieron la intervención. En esta revisión se incluyeron CBAs multicéntricos (al menos dos sitios de intervención y control, respectivamente), con períodos de medición pre y post intervención concurrentes en todos los grupos, y cuyas características basales más importantes fueron comparables.
  - 3.1.5.3. *Series de tiempo interrumpida (ITSs):* Estudios en que un solo grupo fue sometido a mediciones repetidas, antes y después de una intervención. Se incluyeron ITSs que describieron claramente el momento en el que ocurrió la intervención, y que reportaron tres mediciones pre y post, respectivamente.
  - 3.1.5.4. *Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis (SRMAs):* Síntesis narrativas y/o cuantitativas de la literatura, con procedimientos claramente definidos. Se incluyeron SMRAs con el objetivo de facilitar la identificación de estudios primarios que cumplieron con las condiciones previamente señaladas.

- 3.1.6. **Lenguaje de la publicación:** Los estudios deben haber sido publicados en inglés o español.
- 3.1.7. **Tipo de publicación:** Los estudios deben haber sido publicados con resumen, y este debió incluir resultados. Los protocolos de estudios fueron excluidos.
- 3.1.8. **Límite de tiempo de la publicación:** No se impuso límite de tiempo retrospectivo. Se incluyeron publicaciones registradas en las bases de datos hasta el 4 de Julio de 2016.

## 3.2. Fuentes de información

La información fue buscada en las bases de datos Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Excerpta Medica dataBASE (EMBASE), PubMed, PsycINFO, y Scientific Electronic Library Online (SciELO) Citation Index. Adicionalmente, se revisaron los listados de referencias de los artículos incluidos para facilitar la identificación de estudios relevantes.

## 3.3. Estrategia de búsqueda

Para cada una de las bases de datos se definieron estrategias de búsqueda personalizadas (Ver Sección VI: Anexos, 2.Estrategias de búsqueda).

## 3.4. Registros de los estudios

- 3.4.1. **Manejo de los registros:** La administración de los resultados de la búsqueda fue asistida con el software EndNote™ Online, versión básica, que permitió la consolidación de los registros en un solo listado de referencias, facilitando la identificación de registros duplicados y simplificando el análisis del título y resumen de los resultados de la búsqueda.
- 3.4.2. **Proceso de selección:** Dos autores (AC y PM) fueron los principales responsables del proceso de selección, actuando independientemente y en duplicado. Este proceso se dividió en cuatro fases.
  - 3.4.2.1. *Fase de identificación:* Se identificaron los resultados de la búsqueda, siendo administrados con el software EndNote™ Online, versión básica, y se eliminaron los registros duplicados.

- 3.4.2.2. *Fase de cribado:* Se seleccionaron los registros mediante la revisión de los títulos y resúmenes. Para reducir el riesgo de error, el equipo técnico diseñó una planilla de registro que actuó como ayuda memoria y facilitó la automatización en la selección de estudios. Los resultados fueron discutidos en conjunto entre AC, GR y PM, para asegurar fidelidad al protocolo y forzar el acuerdo. En caso de persistir dudas sobre inclusión de registros, estos fueron incluidos para la siguiente fase.
- 3.4.2.3. *Fase de elegibilidad:* Se estableció la elegibilidad de publicaciones previamente seleccionadas a través del análisis del texto completo, especificando razones de exclusión de las publicaciones revisadas. Esta fase permitió la identificación de registros adicionales a través de la verificación del listado de referencias de las publicaciones, en cuyo caso estos registros adicionales ingresaron al proceso en forma recursiva. Como ejemplo de lo anterior, las SRMAs permitieron identificar estudios primarios que fueron o no incluidos y que resultaron de potencial interés para esta revisión. Se aplicó el mismo proceso de discusión entre autores descrito en la fase previa.
- 3.4.2.4. *Fase de inclusión:* Dado que la unidad de análisis son los estudios primarios y las publicaciones son el medio que permite evaluar la calidad de la evidencia de dichos estudios, las múltiples publicaciones de un solo estudio fueron agrupadas para no repetir los mismos datos. De esta forma se estableció el listado final de estudios incluidos en la revisión.
- 3.4.3. **Proceso de recolección de la información:** Para recolectar la información provista por los estudios incluidos en la revisión se adaptó el formato de tabla recomendado por la Colaboración Cochrane.<sup>[19]</sup> Para asegurar la calidad de este proceso, dos autores (AC y PM) extrajeron la información en forma independiente y en duplicado, los resultados se compararon en conjunto, y los desacuerdos fueron resueltos a través de discusión, con la mediación de GR. Posteriormente, GR y PV, en forma alternada, seleccionaron dos estudios al azar durante este proceso para evaluar la fidelidad entre los datos reportados en la fuente original y los datos extraídos para la revisión.

### 3.5. Extracción de datos

De acuerdo a las recomendaciones de la Colaboración Cochrane,<sup>[19]</sup> los datos que se extrajeron para cada estudio se especifican a continuación:

- 3.5.1. **Identificadores:** Apellido del primer autor y el año de publicación. Si un estudio tuvo más de un reporte, se registraron los datos del reporte que proveyó los principales resultados. El manejo de las publicaciones múltiples de un estudio se especifica en el punto 3.4.2.4 Fase de Inclusión.
- 3.5.2. **Métodos:** Diseño del estudio y duración total del estudio (incluyendo los períodos de seguimiento). Adicionalmente, para el caso de los estudios que no utilizaron asignación aleatoria (abreviado ENAs, agrupando a CCTs, CBAs, e ITSs), la identificación del diseño consideró si se efectuaron comparaciones entre grupos, cómo estos fueron creados, qué partes del estudio fueron prospectivas, y para qué variables se evaluó la comparabilidad entre los grupos.
- 3.5.3. **Población:** Número total de casos analizados, ámbito de procedencia, criterios diagnósticos, edad, sexo y país. Otros datos como comorbilidades médicas, posición social, o etnia, fueron reportados en la medida que se juzgaron relevantes para los resultados.
- 3.5.4. **Intervenciones:** Número total de grupos de intervención, contenidos de las intervenciones, personal a cargo y frecuencia de administración, momento y duración de las intervenciones. El concepto de intervención aplicó también a los comparadores.
- 3.5.5. **Desenlaces:** Definición del desenlace (criterio diagnóstico, cuestionario de auto-reporte, tipo de registro utilizado) y tiempo en el cuál fue obtenido. Más detalles en el punto 3.6. Priorización de desenlaces.
- 3.5.6. **Resultados:** Número de participantes asignados a cada grupo de intervención, especificando para cada desenlace: el tamaño de la muestra, participantes perdidos, datos de resumen (proporciones o medias) y estimaciones del efecto (con intervalo de confianza y valor de p). Valores ajustados y no ajustados de estimaciones del efecto en el caso de ENAs.

### 3.6. Priorización de desenlaces

Como los estudios incluidos registraron los desenlaces en distintos períodos de seguimientos, para efectos prácticos se distinguieron registros: a) de corto plazo, menor o igual a tres meses; b) de mediano plazo, mayor a tres meses y menor o igual a

seis meses; c) de largo plazo, mayor a seis meses. A continuación se especifican desenlaces primarios o secundarios.

### 3.6.1. **Desenlaces primarios:**

3.6.1.1. *Desenlaces de tipo clínico:* Proporción de prevalencia, tasas de incidencia o de recurrencia de casos con problemas de salud mental, registrados durante los períodos de seguimiento y efectuados por personal entrenado basado en criterios diagnósticos estandarizados.

3.6.1.2. *Desenlaces centrados en el paciente:* Proporción de casos que respondieron a tratamiento o que remitieron, definidos como una reducción clínicamente significativa en el puntaje obtenido en cuestionarios de auto-reporte de síntomas psiquiátricos, por ejemplo, para el caso de la depresión se especificó como respuesta a tratamiento una reducción de por lo menos un 50% del puntaje en escalas de depresión.<sup>[41]</sup>

### 3.6.2. **Desenlaces secundarios:**

3.6.2.1. *Desenlaces centrados en el paciente:* Cambios en los puntajes de medidas genéricas de calidad de vida relacionada la salud, obtenidos en los distintos períodos de seguimiento. Dependiendo de la medida empleada, la media o proporción de satisfacción con el tratamiento.

3.6.2.2. *Uso de servicios:* Proporción de casos que adhirieron, o abandonaron/discontinuaron el tratamiento, y/o consultaron en servicios de salud mental especializados. Media de uso de ítems específicos, por ejemplo, fármacos, consultas en la APS, consultas en otros servicios, etc.

## 3.7. **Riesgo de sesgo de los estudios individuales**

La evaluación del riesgo de sesgo para los estudios individuales se realizó con la Herramienta para la Evaluación del Riesgo de Sesgo, detallada en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones.<sup>[19]</sup> Este instrumento fue desarrollado específicamente para la análisis crítico de RCTs, no obstante, puede ser aplicado genéricamente a los ENAs que serán incluidos en esta revisión.

La herramienta incluyó una evaluación de seis fuentes de sesgo bien definidas: generación de la secuencia aleatorizada, ocultación de la asignación, cegamiento de los participantes y del personal, cegamiento de los evaluadores, manejo de los datos de

resultados incompletos, y notificación selectiva; cada una de estas contó con criterios específicos para calificar el riesgo de sesgo en alto, bajo o poco claro.<sup>[19]</sup>

Adicionalmente, la Colaboración Cochrane destaca que para los ENAs debe agregarse la evaluación del riesgo de sesgo debido a los factores de confusión, siendo necesario consignar si los estudios consideraron factores de confusión, cómo se midieron, si los grupos resultaron comparables al inicio respecto a estos factores, y los procedimientos empleados para controlar este tipo de sesgos (por ejemplo, pareamiento, limitación a subgrupos, estratificación, entre otros).<sup>[19]</sup>

Se efectuó el mismo proceso de calibración señalado en el punto 3.4.3. Proceso de Recolección de la Información. No se eliminaron estudios para posteriores análisis de acuerdo a la evaluación del riesgo de sesgo, no obstante, ésta fue considerada al momento de discutir sobre los efectos de los estudios en los resultados de la efectividad de los tratamientos.

### 3.8. Síntesis de los datos

Esta revisión sistemática consideró la realización de síntesis cualitativa (narrativa) y estadística (meta-análisis) de los resultados de los estudios incluidos. En esta etapa participaron todos los autores.

3.8.1. **Síntesis cualitativa:** Se sistematizó en forma narrativa la evidencia disponible para evaluar si la consultoría de salud mental en la APS es efectiva, si las pruebas sobre la efectividad son contundentes (tamaño del efecto) y consistentes entre los distintos estudios. La síntesis se efectuó considerando subgrupos, por ejemplo, según el tipo de población, medidas de desenlace, entre otras; siendo facilitada por el uso de tablas comparativas. Se discutió la factibilidad de utilizar en Chile los indicadores de efectividad comunes a los distintos estudios sobre la consultoría de salud mental en la APS.

3.8.2. **Meta-análisis:**

3.8.2.1. *Análisis de la heterogeneidad:* Un primer paso para determinar la viabilidad de meta-análisis fue la determinación de la diversidad clínica y metodológica de los estudios incluidos. A esto se sumó la exploración de la heterogeneidad estadística, que fue estudiada inspeccionando visualmente los diagramas de bosque resultantes y utilizando el estadístico  $I^2$ .<sup>[42]</sup>

3.8.2.2. *Meta-análisis:* Una vez confirmada la posibilidad de meta-análisis, se empleó el modelo meta-analítico adecuado según resultados de heterogeneidad estadística,

optándose por efectos fijos solo cuando la heterogeneidad estadística haya sido nula o mínima ( $I^2 < 30\%$ ), siguiendo las reglas prácticas especificadas en la Colaboración Cochrane.<sup>[19]</sup>

Preliminarmente se había estimado muy probable que la técnica meta-analítica empleada fuese de efectos aleatorios, dando por sentado la existencia de múltiples fuentes de heterogeneidad,<sup>[43]</sup> debido a la amplitud de la pregunta de investigación (la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS puede ser aplicable a distintos problemas de salud mental padecidos por distintos grupos de pacientes), aunque esto no probó ser cierto para todos los desenlaces.

En términos generales, para cada estudio se calculó un estadístico que resumió el efecto de la intervención, pudiendo ser medidas dicotómicas (como la razón de riesgo o el Odds ratio) o continuas (como la  $d$  de Cohen).<sup>[44]</sup> Según el caso, se aplicaron técnicas para la obtención indirecta de datos para facilitar la posibilidad de síntesis estadística de estudios que reportaron desenlaces similares, ciñéndose a las recomendaciones de la Colaboración Cochrane en acápite 7.7. Extracción de los resultados del estudio y conversión al formato deseado.<sup>[19]</sup>

Posteriormente, se obtuvo una estimación de resumen ponderada entre los distintos estudio incorporando el método meta-analítico adecuado, y se calcularon intervalos de confianza y prueba de significancia estadística.<sup>[19]</sup> Para la presentación de resultados se utilizaron Tablas de Resumen de Resultados, recomendadas por el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones.<sup>[19]</sup>

### 3.9. Meta-sesgos

Preliminarmente, se había previsto el empleo de técnicas de gráficos de embudos y la prueba de Egger para evaluar sesgos de publicación,<sup>[45]</sup> sin embargo, estas técnicas no pudieron ser aplicadas (Ver Sección III: Resultados, 5. Metasesgos).

### **3.10. Confianza en la evidencia acumulada**

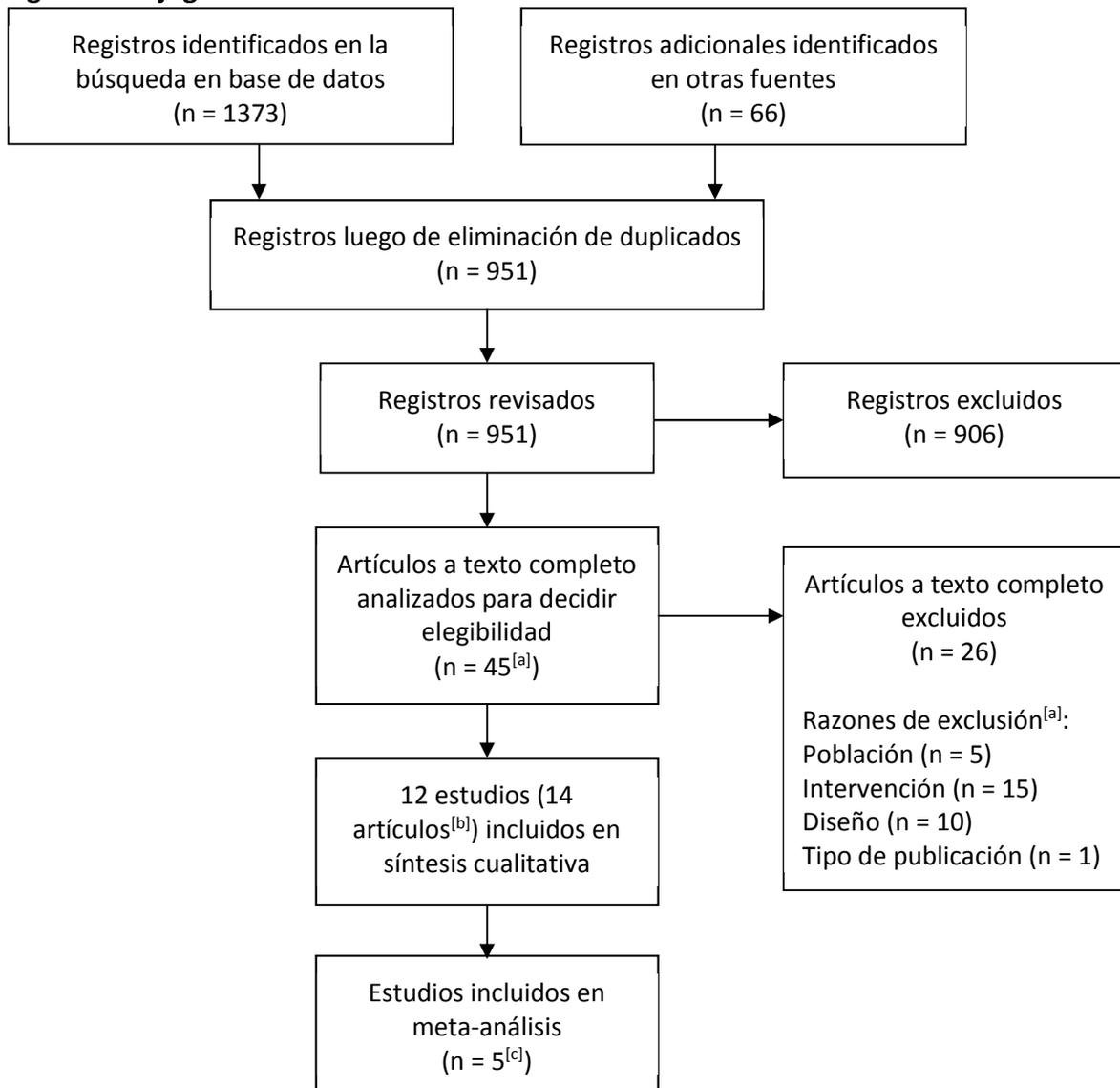
Tras la presentación de este resumen de resultados se evaluó la calidad del conjunto de pruebas para cada resultado individual utilizando el enfoque GRADE, recomendado por la Colaboración Cochrane.<sup>[19]</sup> Para esto se consideró: el riesgo de sesgo dentro del estudio, la direccionalidad de las pruebas, la heterogeneidad, la precisión de las estimaciones del efecto y el riesgo de sesgo de publicación. Se especificaron cuatro niveles de calidad de la evidencia (alto, moderado, bajo y muy bajo).

## Sección III: Resultados

### 1. Proceso de selección

La Figura 1 resume el proceso de selección.

**Figura 1. Flujograma PRISMA.**<sup>[21]1</sup>



Las estrategias de búsqueda implementadas en las distintas fuentes de información permitieron identificar 951 registros únicos, los que fueron sometidos a la fase de cribado

<sup>1</sup>NOTA. <sup>a</sup>Las categorías no son excluyentes; <sup>b</sup>Un estudio puede tener múltiples publicaciones, las revisiones sistemáticas que resultaron elegibles permitieron la identificación de registros de estudios primarios. <sup>c</sup>Número total de reportes que contribuyeron a meta-análisis, independiente del desenlace específico.

(revisión de título y resumen). Tras la exclusión de 906 registros, se determinó la potencial elegibilidad de 45 publicaciones, las cuales fueron revisadas a texto completo.

En este punto, la discusión grupal llevó a relativizar la importancia del componente de regularidad en la intervención (consultoría de salud mental), siendo sugerida, por criterio de experto (GR), la inclusión de aquellos reportes en que la consultoría de salud mental fuese efectuada en una sola oportunidad, ya que esto permitiría incluir estudios que se adecuaban a las condiciones reales de la intervención en Chile.

Considerando esta modificación al protocolo (el punto 3.1.2.3. del Protocolo de Estudio ya no es relevante para determinar la elegibilidad de los artículos), 26 publicaciones fueron excluidas por los motivos señalados en la Figura 1 (Ver Sección VI: Anexos, 3.Reportes revisados a texto completo y excluidos). De los 19 artículos restantes, 5 eran revisiones sistemáticas que permitieron la identificación de registros adicionales que fueron sometidos al proceso de selección en forma iterativa.

Finalmente, este proceso decantó en la inclusión de 12 estudios cuyos reportes se encuentran publicados en 14 artículos (Tabla 1).

## 2. Características de los estudios incluidos

A continuación se detallan las características de los 12 estudios incluidos, especificando diseño del estudio, contexto, participantes, intervenciones, comparadores, y desenlaces. La síntesis de estos datos se reporta en formato de tablas que permiten la comparación entre los distintos estudios (Tabla 2; para mayor detalle Ver Sección VI: Anexos, 4.Tablas de Resumen de la Información).

### 2.1. Diseño de estudio

Se incluyeron once ensayos controlados cuasi-aleatorios (CCT)<sup>[46-58]</sup> y un ensayo clínico aleatorio (RCT).<sup>[59]</sup> Esta clasificación se efectuó apegándose a los criterios explicitados por la Colaboración Cochrane (para mayor detalle revisar la sección 3.1.5. Diseño del estudio), de acuerdo a la información provista por los reportes.<sup>[19]</sup>

### 2.2. Contexto

Siete estudios fueron llevados a cabo en USA,<sup>[46,48-51,55-58]</sup> tres en el Reino Unido,<sup>[47,52,54]</sup> uno en Italia,<sup>[53]</sup> y otro Taiwán.<sup>[59]</sup> En total, las intervenciones fueron llevadas a cabo en más de 37 sitios, desde uno<sup>[52,59]</sup> a doce<sup>[58]</sup> centros de salud se vieron involucrados entre los distintos estudios, en cinco casos este dato no fue reportado.<sup>[46-47,49-51,53]</sup>

**Tabla 1. Estudios y reportes identificados.**

Estudio	Reporte
Smith, 1986 <sup>[46]</sup>	Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. <i>N Engl J Med</i> 1986; 314: 1407-13.
Drummond, 1990 <sup>[47]</sup>	Drummond DC, Thom B, Brown C, et al. Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. <i>Lancet</i> 1990; 336: 915-18.
Katon, 1992 <sup>[48]</sup>	Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. <i>Gen Hosp Psychiatry</i> 1992; 14: 86-98.
Rost, 1994 <sup>[49-50]</sup>	Rost K, Kashner TM, Smith GR. Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs. <i>Gen Hosp Psychiatry</i> 1994; 16: 381-387.
	Kashner TM, Rost K, Smith GR, et al. An analysis of panel data: the impact of a psychiatric consultation letter on the expenditures and outcomes of care for patients with somatization disorder. <i>Med Care</i> 1992; 9: 811-21
Smith, 1995 <sup>[51]</sup>	Smith GR, Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. <i>Arch Gen Psychiatry</i> 1995; 238-43.
Arthur, 2002 <sup>[52]</sup>	Arthur AJ, Jagger C, Lindsay J, et al. Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice: a randomized controlled trial. <i>Br J Gen Pract</i> 2002; 52: 202-7.
Berti Ceroni, 2002 <sup>[53]</sup>	Ceroni GB, DStat PR, Berardi D, et al. Case review vs. usual care in primary care patients with depression: A pilot study. <i>Gen Hosp Psychiatry</i> 2002; 24: 71-80.
Emmanuel, 2002 <sup>[54]</sup>	Emmanuel JS, McGee A, Ukoumunne OC, et al. A randomised controlled trial of enhance key-worker liaison psychiatry in general practice. <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i> 2002; 37: 261-66.
Dickinson, 2003 <sup>[55]</sup>	Dickinson WP, Dickinson LM, deGruy FV, et al. A randomized clinical trial of a care recommendation letter intervention for somatization in primary care. <i>Ann Fam Med</i> 2003; 1: 228-35.
Hedrick, 2003 <sup>[56-57]</sup>	Hedrick SC, Chaney EF, Felker B, et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veteran's Affairs primary care. <i>J Gen Intern Med</i> 2003; 18: 9-16.
	Liu C-F, Hedrick SC, Chaney EF, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. <i>Psych Serv</i> 2003; 54: 698-704.
Epstein, 2007 <sup>[58]</sup>	Epstein JN, Rabiner D, Johnson DE, et al. Improving Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder treatment outcomes through use of a collaborative consultation treatment service by community-based pediatricians. <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> 2007; 161: 835-40.
Liu, 2007 <sup>[59]</sup>	Liu S-I, Huan H-C, Yeh Z-T, et al. Controlled trial of problem-solving therapy and consultation-liaison for common mental disorders in general medical settings in Taiwan. <i>Gen Hops Psychiatry</i> 2007; 29:402-8.

**Tabla 2. Resumen de características de los estudios individuales que evaluaron la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS.<sup>2</sup>**

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Desenlaces
Smith,1986 <sup>[46]</sup>	CCT, 18 m. de seguimiento. TU versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=38): Pacientes con sospecha TS derivados por MG en Arkansas, USA. Personal del estudio realiza diagnóstico clínico DSM-III. Solo 6 hombres en <i>Intervención</i> . <i>Equipo de salud</i> : 35 MG en APS, y personal del estudio (Psic. e internistas).	<i>Intervención</i> : MG provistos de una carta de CP con información sobre enfermedad y recomendaciones de manejo estandarizadas. <i>Comparador</i> : WL por 9 m., luego reciben intervención.	<i>Centrados en el paciente</i> : estado de salud funcional (RHSM) y satisfacción usuaria (PSQ) a los 9 m. <i>Uso de servicios</i> : Gastos totales de servicios médicos y psiquiátricos, evaluados cada 3 m., desde 28 m. pre- hasta 18 m. post-aleatorización.
Drummond, 1990 <sup>[47]</sup>	CCT, 16 m. de seguimiento. SMHS versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=40): Pacientes con sospecha de alcoholismo derivados por MG en Londres, UK. Personal del estudio realiza diagnóstico clínico. Hombres: 75% aprox. <i>Equipo de salud</i> : MG en APS, y especialistas (EU y 3 Psic.)	<i>Intervención</i> : Pacientes reciben asesoría y consejería intensiva por especialista, derivados a MG. MG recibe CP. <i>Comparador</i> : Pacientes reciben atención por SMHS, e internación hospitalaria de ser necesario.	<i>Centrados en el paciente</i> : Síndrome de dependencia de alcohol (SADQ), consumo de alcohol y problemas relacionados (APQ), patología psiquiátrica (GHQ). <i>Uso de servicios</i> : atención y número de consultas en servicios de salud o AA. Desenlaces evaluados a los 6 m.
Katon, 1992 <sup>[48]</sup>	CCT 12 m. de seguimiento. TU versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=251): Pacientes con alta frecuencia de consulta y problemas psiquiátricos (según SCL-R o MG) en 2 centros APS, en Washington, USA. 18 a 75 años, ambos sexos. Se excluyen: embarazos, demencias, psicopatía, enfermedad terminal. <i>Equipo de salud</i> : 18 médicos familiares o internistas en APS, y 2 Psic. del estudio.	<i>Intervención</i> : Psic. y MG acuerdan plan de tratamiento tras entrevista conjunta. MG recibe protocolo de tratamiento y CP. <i>Comparador</i> : TU, no especificado.	<i>Centrados en el paciente</i> : Ansiedad, depresión y somatización (SCL-R), discapacidad y estado de salud auto-reportado, a los 6 y 12 m.; MG reporta enfermedad física y psiquiátrica a los 6 m. <i>Uso de servicios</i> : Servicios médicos, prescripción de fármacos, y exámenes, a los 6 y 12 m.
Rost, 1994 <sup>[49-50]</sup>	CCT 12 m. de seguimiento. TU versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=73): Ídem que Smith, 1986, <sup>[46]</sup> diagnóstico con DSM-III-R. Se excluyen: sujetos sin	<i>Intervención</i> : Ídem que Smith, 1986. <sup>[46]</sup> <i>Comparador</i> : WL por 12 m., luego reciben intervención.	<i>Centrados en el paciente</i> : Ídem que Smith, 1986, <sup>[46]</sup> cada 4 m. por 12 m. <i>Uso de servicios</i> : Ídem que Smith, 1986, <sup>[46]</sup>

<sup>2</sup> Abreviaciones utilizadas: CCT: Ensayo controlado cuasi-aleatorio; m.: Meses; TU: Tratamiento usual; CP: Consultoría de salud mental; TS: Trastorno de somatización; MG: Médico general; Psic.: Psiquiatra; WL: Lista de espera; RHSM: Rand Health Status Measure; PSQ: Patient Satisfaction Questionnaire; SMHS: Servicio de salud mental especializado; EU: Enfermera; SADQ: Severity of Alcohol Dependence Questionnaire; APS: Alcohol Problem Questionnaire; GHQ: General Health Questionnaire; AA: Alcohólicos anónimos. SCL: Hopkins Symptom Checklist.

		transporte o con intención de mudarse. <i>Equipo de salud:</i> 59 MG en APS, y personal del estudio (Psic. e internistas).		evaluados cada 4 m., desde 28 m. pre- hasta 12 m. post-aleatorización.
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------

**Tabla 2 (continuación). Resumen de características de los estudios individuales que evaluaron la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS.<sup>3</sup>**

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Desenlaces
Smith,1995 <sup>[51]</sup>	CCT, 24 m. de seguimiento. TU versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=56): Pacientes con sospecha TS sub-umbral derivados por MG en Arkansas, USA. Personal del estudio realiza diagnóstico clínico DSM-III-R. Se excluyen: sujetos sin transporte, con intención de mudarse, o participantes de Smith, 1986 <sup>[46]</sup> o Rost, 1994. <sup>[49-50]</sup> <i>Equipo de salud:</i> 51 MG en APS, y personal del estudio (Psic. e internistas).	<i>Intervención:</i> Ídem que Smith, 1986. <sup>[46]</sup> <i>Comparador:</i> WL por 12 m., luego reciben intervención.	<i>Centrados en el paciente:</i> estado de salud funcional (RHSM) y días en cama cada 4 m. por 24 m. <i>Uso de servicios:</i> Gastos totales de servicios médicos y psiquiátricos, evaluados cada 4 m., desde 28 m. pre- hasta 24 m. post-aleatorización.
Arthur, 2002 <sup>[52]</sup>	CCT, 18 m. de seguimiento. TU versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=93): Pacientes de 75 años o más en control de salud de rutina por EU en APS, Leicestershire, UK. Puntaje GDS15 $\geq$ 5 (depresión menor). <i>Equipo de salud:</i> EU y MG en APS, y CMHT.	<i>Intervención:</i> CMHT envía informe de CP a MG. <i>Comparador:</i> TU, EU informa a paciente y MG de resultado de control de salud de rutina.	<i>Centrados en el paciente:</i> sintomatología depresiva (GDS15). <i>Uso de servicios:</i> número de consultas a MG o EU, prescripción de fármacos. Desenlaces evaluados a los 12 o 18 m.
Berti Ceroni, 2002 <sup>[53]</sup>	CCT 12 m. de seguimiento. TU versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=92): Pacientes en consulta MG en Bologna, Italia. Depresión mayor, menor, o sub-umbral diagnosticada por personal de estudio (CIDI, criterios DSM-IV). Se excluyen: >65 años, enfermedades físicas de riesgo vital, psicosis, discapacidad intelectual, tratamiento actual con especialista de salud mental. <i>Equipo de salud:</i> 30 MG en APS, 2 Psic.	<i>Intervención:</i> Psic. y MG acuerdan diagnóstico y tratamiento. <i>Comparador:</i> TU, MG reciben información diagnóstica inicial.	<i>Clínica:</i> estatus diagnóstico (CIDI). <i>Centrados en el paciente:</i> sintomatología depresiva (HAMD) y ansiosa (HAMA), estado de salud (SF-36), patología psiquiátrica (GHQ-12), eventos estresantes y apoyo social. <i>Uso de servicios:</i> Tratamiento MG.

<sup>3</sup> Abreviaciones utilizadas: CCT: Ensayo controlado cuasi-aleatorio; m.: Meses; TU: Tratamiento usual; CP: Consultoría de salud mental; TS: Trastorno de somatización; MG: Médico general; Psic.: Psiquiatra; WL: Lista de espera; RHSM: Rand Health Status Measure; EU: Enfermera; GDS15: Geriatric Depression Scale 15-item; CMHT: Equipo de salud mental comunitaria; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; HAMD: Hamilton Rating Depression Scale; HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale; SF: Short-Form Health Status Survey; GHQ: General Health Questionnaire.

				Desenlaces evaluados a los 12 m., GHQ-12 evaluado a los 3 y 12 m.
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------

**Tabla 2 (continuación). Resumen de características de los estudios individuales que evaluaron la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS.<sup>4</sup>**

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Desenlaces
Emmanuel, 2002 <sup>[54]</sup>	CCT 6 m. de seguimiento. CP usual versus CP mejorada.	<i>Usuarios</i> (n=43): Pacientes de APS con problemas de salud mental según MG derivados a SMHS en Londres, UK. Se excluyen: menores 16 años, pacientes dados de alta de SMHS. <i>Equipo de salud:</i> Equipos de salud en 4 centros APS, y consultores de SMHS.	<i>Intervención:</i> CP que mejora el nexo entre SMHS y APS, con funciones estandarizadas para consultor. <i>Comparador:</i> CP usual.	<i>Clinica:</i> sintomatología clínica y funcionamiento social (GAF). <i>Centrados en el paciente:</i> Psicopatología (CPRS), sintomatología depresiva (MADRS, HADS) y ansiosa (BAS, HADS), funcionamiento social (SFQ), y satisfacción usuaria (VSSS). <i>Uso de servicios:</i> Costos de uso de servicios (CSRI). Desenlaces evaluados a los 6 m.
Dickinson, 2003 <sup>[55]</sup>	CCT, 24 m. de seguimiento. TU versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=188): Consultantes en 3 centros APS en Alabama, USA, con distintos subtipos de TS. Personal del estudio realiza diagnóstico clínico con criterios DSM-III-R.	<i>Intervención:</i> Ídem que Smith, 1986. <sup>[46]</sup> <i>Comparador:</i> WL por 12 m., luego reciben intervención.	<i>Centrados en el paciente:</i> estado de salud funcional (SF-36), a los 12 y 24 m.

<sup>4</sup> Abreviaciones utilizadas: CCT: Ensayo controlado cuasi-aleatorio; m.: Meses; TU: Tratamiento usual; CP: Consultoría de salud mental; MG: Médico general; SMHS: Servicio de salud mental especializado; GAF: Global Assessment of Functioning Scale; CPRS: Comprehensive Psychopathological Rating Scale; MADRS: Montgomery and Asberg Depression Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; BAS: Brief Anxiety Scale; SFQ: Social Functioning Questionnaire; VSSS: Verona Service Satisfaction Scale; CSRI: Client Service Receipt Inventory; TS: Trastorno de somatización; Psiq.: Psiquiatra; WL: Lista de espera; SF: Short-Form Health Status Survey; CC: Cuidados colaborativos; EU: Enfermera; SCL: Hopkins Symptom Checklist; SDS: Sheehan Disability Scale; AD: Antidepresivos.

		<i>Equipo de salud:</i> MG en APS, y personal del estudio (Psic. e internistas).		
Hedrick, 2003 <sup>[56-57]</sup>	CCT, 9 m. de seguimiento. CC versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=354): Pacientes de un centro de APS, Seattle, USA. Personal del estudio realiza diagnóstico clínico de depresión mayor y/o distimia con criterios DSM-IV. Pacientes en tratamiento por salud mental son excluidos. <i>Equipo de salud:</i> 4 equipos de APS (MG y EU), equipo CP, y equipo CC.	Psicoeducación para equipos APS en <i>Intervención</i> y <i>Comparador</i> . <i>Intervención:</i> Equipo CP atiende directamente a pacientes durante visitas, según criterio de equipo APS. <i>Comparador:</i> Equipo CC a cargo de diagnóstico, plan de tratamiento, y supervisión a equipo APS. Tratamiento escalonado es implementado en APS, y pacientes reciben psicoeducación.	<i>Centrados en el paciente:</i> sintomatología depresiva (SCL-20), estado de salud funcional (SF-36), discapacidad funcional (SDS), y satisfacción usuaria, a los 3 y 9 m. <i>Uso de servicios:</i> Gastos totales en salud y del tratamiento para la depresión, a los 9 m., y prescripción AD durante 12 m.

**Tabla 2 (final). Resumen de características de los estudios individuales que evaluaron la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS.<sup>5</sup>**

Estudio	Métodos	Participantes	Intervenciones	Desenlaces
Epstein, 2007 <sup>[58]</sup>	CCT, 12 m. de seguimiento. TU versus CP.	<i>Usuarios</i> (n=146): Pacientes menores de edad (1° a 5° grado) que asisten a 12 consultorios pediátricos en USA, diagnosticados por ADHD según criterios DSM-IV (CRS para padres y profesores). Media de 7,8 años de edad. <i>Equipo de salud</i> : 52 pediatras en 12 consultorios pediátricos, y personal del estudio.	<i>Intervención</i> : Pediatras educados en manejo de un esquema farmacológico de incremento lento de dosis inicial, aplicación de cuestionarios para monitorear progreso y efectos secundarios. Personal de estudio efectúa CP en base a datos de cuestionarios. <i>Comparador</i> : TU sin acceso a CP.	<i>Centrado en el paciente</i> : sintomatología de ADHD (CRS para padres y profesores), a los 3 y 12 m. <i>Uso de servicios</i> : uso de esquema farmacológico, monitoreo sistemático, y barreras para el uso del esquema, a los 12 m.
Liu, 2007 <sup>[59]</sup>	RCT, 16 semanas de seguimiento. TU versus PST + TU, versus CP + TU.	<i>Usuarios</i> (n=254): Pacientes 18 a 70 años con CMD en hospital general de Taipei, Taiwán. CMD determinado por personal del estudio a través de puntaje en versión China de CISR $\geq 12$ . Se excluyen: psicosis, bipolaridad, alcoholismo o drogadicción, daño orgánico, suicidalidad, aquellos en tratamiento psiquiátricos. <i>Equipo de salud</i> : MG en hospital general, terapeutas PST (psicólogos, trabajadores sociales, EU), 6 Psiq. para CP.	Equipo de salud que implementa CP y PST reciben entrenamiento y supervisión. <i>Intervención</i> : CP + TU, MG recibe CP hasta lograr remisión en paciente. Reporte inicial enviado a MG, visitas posteriores de CP a discreción de MG. <i>Comparador 1</i> : PST (hasta 6 sesiones) + TU. Se promueve vínculo terapéutico. <i>Comparador 2</i> : TU con visitas regulares a MG, disponibilidad de profesionales de salud mental a criterio de MG o paciente.	<i>Clínica</i> : Remisión de CMD (versión China de CISR). <i>Centrados en el paciente</i> : estado de salud funcional (SF-36), gravedad de síntomas depresivos (HAMD). Desenlaces evaluados a las 16 semanas.

<sup>5</sup> Abreviaciones utilizadas: CCT: Ensayo controlado cuasi-aleatorio; m.: Meses; TU: Tratamiento usual; CP: Consultoría de salud mental; ADHD: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD); CRS: Conners Rating Scale; RCT: Ensayo clínico aleatorio; PST: Terapia de resolución de problemas; CMD: Trastornos mentales comunes; CISR: Revised Clinical Interview Schedule; Psiq.: Psiquiatra; HAMD: Hamilton Rating Depression Scale.

## 2.3. Participantes

- 2.3.1. **Usuarios:** Participaron 1628 usuarios, con rangos desde 38<sup>[46]</sup> hasta 354<sup>[56-57]</sup> participantes, en la mayoría de los estudios se reportaron medias de edad cercanas a los 45 años,<sup>[46-51,53-57,59]</sup> con la excepción de los ensayos controlados de Arthur (2002)<sup>[52]</sup> y de Epstein (2007),<sup>[58]</sup> en los que se reclutaron a mayores de 75 años o más (mediana cercana a los 80 años de edad [reportada en forma separada para grupos de tratamiento]) y a menores de edad de 1° a 5° grado (media de 7,8 años de edad), respectivamente. La mayoría de los usuarios eran de sexo femenino,<sup>[46,48-55,59]</sup> en solo tres casos la muestra incorporó una proporción importante a hombres.<sup>[47,56-58]</sup>

La mayoría de participantes padecían trastornos mentales comunes (ansiedad,<sup>[48,59]</sup> depresión,<sup>[48,52-53,56-57,59]</sup> y somatización),<sup>[46,48-51,55]</sup> con la excepción de los ensayos controlados de Drummond (1990),<sup>[47]</sup> llevado a cabo en bebedores problema, Epstein (2007),<sup>[58]</sup> efectuado en menores de edad con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, y Emmanuel (2002),<sup>[54]</sup> en pacientes con trastornos orgánicos, afectivos, de abuso de sustancias, o psicóticos. En la mayoría de los estudios incluidos estos problemas de salud mental fueron diagnosticados con entrevistas clínicas estandarizadas, y considerados como principal criterio de inclusión.<sup>[46-47,49-51,53-59]</sup> En tres casos se reportaron rangos de edad como criterios de inclusión adicionales.<sup>[48,52,58]</sup>

Los criterios de exclusión para los usuarios fueron variados, siendo los más comunes aquellos casos de pacientes de APS con enfermedades mentales graves (trastornos psicóticos, bipolaridad, alto riesgo suicida, entre otros),<sup>[48,53,56-57,59]</sup> y quienes hubieran iniciado un tratamiento por especialista en salud mental.<sup>[53,56-57,59]</sup> Cinco estudios no especificaron criterios de exclusión.<sup>[46-47,52,55,58]</sup>

- 2.3.2. **Equipos de APS:** Participaron más de 334 proveedores de APS, cuyo rango fluctuó desde 18<sup>[48]</sup> hasta 89,<sup>[56-57]</sup> e incluyó principalmente a médicos generales, con la participación adicional de enfermeras,<sup>[52,56-</sup>

<sup>57]</sup> en solo un caso se mencionaron que los proveedores fueron pediatras,<sup>[58]</sup> mientras que en otro no se especificó la composición del equipo de salud.<sup>[54]</sup> Entre las características adicionales se mencionan años de experiencia<sup>[53,58]</sup> o que el personal de salud contaba con una vasta experiencia,<sup>[48]</sup> y en un caso se reportó la distribución por sexo.<sup>[58]</sup>

2.3.3. **Equipos de salud mental y psiquiatría:** Más de 32 especialistas en salud mental y psiquiatría participaron del componente de consultoría en los estudios incluidos, variando desde 1<sup>[52]</sup> hasta 6.<sup>[56-57,59]</sup> En 6 estudios no se menciona la cantidad de personal involucrado, aunque la información provista en los reportes permite suponer que se trata de al menos dos.<sup>[46,49-51]</sup> En 10 casos se señala la participación de psiquiatras consultores,<sup>[46-51,53,55-59]</sup> también se indica que enfermeras especializadas en salud mental,<sup>[47]</sup> o psicólogos clínicos y trabajadores sociales,<sup>[56-57]</sup> formaron parte de estos equipos. En dos casos este dato no fue reportado.<sup>[52,54]</sup> Por último, en siete estudios los equipos de salud mental y psiquiatría correspondieron a recursos existentes en la red de servicios de salud locales,<sup>[47,52-54,56-59]</sup> en los casos restantes se introdujo personal del estudio.<sup>[46,48-51,55]</sup>

## 2.4. Intervenciones

Todos los estudios involucraron atención ambulatoria en los sistemas de salud respectivos, en ocho de estos la mayoría de las intervenciones fueron efectuadas por equipos de salud general en establecimientos de USA e Italia,<sup>[46,48-51,53,55-58]</sup> en los tres estudios del Reino Unido la intervención contó con una distribución de responsabilidades más equitativa entre equipos de salud general y equipos especializados de salud mental,<sup>[47,52,54]</sup> por último, en Taiwán el estudio fue realizado en un hospital general con grados variables de participación de médicos generales, psiquiatras consultores y equipo de salud mental especializado.<sup>[59]</sup>

Adicionalmente, la información señalada en los reportes de los estudios permitió identificar distintos protocolos que orientaron la interacción entre los participantes:

2.4.1. **Equipos de APS a Usuarios:** Contacto cara a cara entre participantes y sostenido a lo largo de todo el período de seguimiento. La periodicidad de los contactos recomendados no se explicitó en la mayoría de los casos, un estudio mencionaba la necesidad de consultas a intervalos fijos,<sup>[48]</sup> otros cuatro a intervalos regulares de cuatro a seis semanas,<sup>[46,49-51,55]</sup> mientras que otro adoptaba un enfoque más agresivo al comienzo, con encuentros semanales durante el primer mes, y luego al menos uno mensual.<sup>[58]</sup> La función principal asignada a los equipos de salud general fue la del tratamiento en fase aguda y de mantención, en dos casos los médicos generales tenían la atribución

adicional de formular el diagnóstico,<sup>[56-57,59]</sup> mientras que en un caso los pediatras, además de efectuar el tratamiento, estuvieron a cargo de la aplicación de escalas estandarizadas para el monitoreo de sus pacientes.<sup>[58]</sup>

**2.4.2. Equipos de salud mental y psiquiatría a Usuarios:** Con la excepción de dos estudios que no reportaron información sobre el vínculo específico entre estos participantes,<sup>[58-59]</sup> se refiere que los equipos de salud mental y psiquiatría tuvieron algún tipo de contacto directo con los usuarios. En la mayoría de los casos el protocolo de intervención mencionó que los especialistas tuvieron una sola consulta con los pacientes,<sup>[46-51,53,55]</sup> mientras que en otros dos estudios la repartición equitativa de funciones entre equipos de APS y equipos especializados de salud mental permite suponer que hubo al menos un encuentro,<sup>[52,54]</sup> adicionalmente, en un tercer estudio la consultoría en salud mental se consideraba un recurso disponible para los clínicos de APS, por lo que su implementación pudo haber tenido bastante variabilidad (0 o más consultas).<sup>[56-57]</sup> La principal función de los equipos de salud mental y psiquiatría involucrados fue la de realizar una entrevista clínica.<sup>[46-53,55]</sup> En otros casos se señaló que se proveyó de atención in situ a pacientes durante las visitas del personal especializado,<sup>[48,54,56-57]</sup> que en la misma cita en que se realizó la entrevista clínica se otorgó asesoría y consejería en salud mental,<sup>[47]</sup> o que el tratamiento se llevó a cabo en servicios comunitarios de salud mental, complementando las intervenciones de APS.<sup>[54]</sup>

**2.4.3. Equipos de salud mental y psiquiatría a Equipos de APS:** Corresponde al componente principal de la intervención. Al respecto, se documentaron distintos tipos de contacto: encuentros cara a cara,<sup>[47-48,53-54; probablemente: 55]</sup> mediante reportes escritos<sup>[48,52,58-59]</sup> o cartas de consultoría,<sup>[46,49-51,55]</sup> y/o contactos telefónicos.<sup>[47]</sup> En la mayoría de los estudios no se reporta la periodicidad, salvo uno en que se llevan a cabo encuentros quincenales durante 6 meses,<sup>[53]</sup> y otro en que los informes son enviados semanalmente durante el primer mes, y luego en forma mensual.<sup>[58]</sup> El número de contactos varió entre uno<sup>[46,49-51,55]</sup> hasta 15,<sup>[58]</sup> en un caso no se indica la frecuencia, explicitándose que su disposición quedaba a criterio de médico general.<sup>[56-57]</sup> El contenido de la interacción fue variable:

**2.4.3.1. Comunicación al equipo de APS del diagnóstico clínico efectuado.**<sup>[46,49-51,53,55-57,59]</sup>

**2.4.3.2. Elaboración de un plan de tratamiento a través de discusión entre personal de salud de APS y especialistas.**<sup>[47-48,53,59]</sup>

- 2.4.3.3. Entrega de recomendaciones sobre el manejo de los pacientes.<sup>[46,48-55,58-59]</sup> Este fue el tipo de intervención más característico de la consultoría de salud mental, e incorporaba recomendaciones sobre la periodicidad de las intervenciones, manejo farmacológico, intervenciones psicológicas, y derivación.
- 2.4.3.4. Implementación de un sistema de supervisión de casos, con la pretensión de sostener vínculo en el tiempo.<sup>[47-48,53,58]</sup>
- 2.4.3.5. En forma adicional a los contenidos descritos, se informó de la entrega de material educativo sobre los problemas de salud mental y su manejo;<sup>[47-48]</sup> búsqueda de involucramiento activo de equipo de APS y énfasis en desarrollar sistemas de información compartida (fichas clínicas);<sup>[54]</sup> realización de entrevistas conjuntas a pacientes;<sup>[48]</sup> y entrenamiento a equipos de APS en la implementación del plan de tratamiento.<sup>[56-58]</sup>
- 2.4.4. **Equipos de APS a Equipos de salud mental y psiquiatría:** Cinco estudios mencionan alguna función específica para los equipos de APS en su interacción con los equipos de salud mental y psiquiatría: iniciar el contacto<sup>[54]</sup> y mantenerlo,<sup>[59]</sup> según criterio del clínico; consentir con el plan de tratamiento efectuado por el especialista y su involucramiento en el tratamiento del paciente;<sup>[52]</sup> e informar al especialista sobre la evolución del paciente en el contexto de supervisión de casos.<sup>[53,58]</sup>

## 2.5. Comparadores

Cuatro estudios compararon el envío de una carta de consultoría de salud mental con grupo de control de lista de espera que recibió la intervención a los 9 o 12 meses posterior a la asignación aleatoria.<sup>[46,49-51,55]</sup> En estos casos no se pre-especificaron detalles sobre el tipo de tratamiento al que fueron sometidos los pacientes en el grupo control. Otros cuatro estudios recibieron como condición control el tratamiento usual provisto por los equipos de APS: el ensayo controlado de Arthur (2002), especificó que tras resultado alterado en control de rutina los pacientes eran informados y se discutía la necesidad de visitar al médico general, a quién se le enviaba el reporte del control de salud;<sup>[52]</sup> mientras que los otros tres no entregaron detalles,<sup>[48,53,58]</sup> salvo que los médicos generales recibían información sobre la entrevista diagnóstica efectuada por especialista,<sup>[53]</sup> y que los pediatras del grupo control no tenían acceso a servicios de consultoría en salud mental.<sup>[58]</sup> Por último, un estudio comparó la consultoría de salud mental mejorada versus la consultoría de salud usual (grupo control), aunque esta última no está adecuadamente descrita.<sup>[54]</sup>

Dos estudios compararon la consultoría de salud mental con otra intervención descrita también como componente activo.<sup>[47,56-57]</sup> El ensayo controlado de Drummond (1990),

realizó una comparación con servicios de salud mental especializados que contaban con 1 enfermera con formación en salud mental y 3 psiquiatras, en los que se concentraba todo el manejo de bebedores problemáticos, efectuando evaluación clínica completa, consejería intensiva y atención ambulatoria por especialista asignado.<sup>[47]</sup> Por otra parte, el ensayo controlado de Hedrick (2003), llevó a cabo una comparación con un programa de cuidados colaborativos en el que personal especializado realizaba el diagnóstico, plan de tratamiento y evaluaciones de progreso para cada paciente, y supervisaba al equipo de salud APS en el apego a las recomendaciones.<sup>[56-57]</sup> Este último estudio implementó un plan de tratamiento escalonado, y los pacientes recibían educación y monitoreo continuo.

Finalmente, el único ensayo clínico aleatorio incluido en esta revisión utilizó dos comparadores, la terapia de resolución de problemas más tratamiento usual (componente activo otorgado hasta en seis sesiones por psicólogos y trabajadores sociales entrenados) y el tratamiento usual (grupo control en que los especialistas en salud mental están disponibles según el criterio de médicos generales o pacientes).<sup>[59]</sup>

## 2.6. Desenlaces

### 2.6.1. Desenlaces primarios:

2.6.1.1. *Desenlaces de tipo clínico:* Drummond (1990), evaluó el cambio en el consumo de alcohol a los seis meses de seguimiento mediante una entrevista clínica estandarizada. Los resultados fueron presentados como diferencias de medias.<sup>[47]</sup>

Berti Ceroni (2002), evaluó el cambio en el estatus diagnóstico de los trastornos depresivos (depresión mayor, menor o sub-umbral) a los doce meses de seguimiento con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), basándose en criterios DSM-IV. Estos datos no se reportan desagregados por grupos de intervención.<sup>[53]</sup>

Emmanuel (2002), evaluó el cambio en la sintomatología clínica y el funcionamiento social a los seis meses de seguimiento con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF). Los resultados son descritos como diferencias de medias.<sup>[54]</sup>

Por último, Liu (2007), evaluó la remisión de trastornos mentales comunes (depresión y ansiedad) a las 16 semanas de seguimiento con la entrevista clínica estructurada CISR, basada en criterios CIE-10. La remisión fue definida como un

puntaje de 11 o menos en el CISR y se reportaron proporciones para cada grupo.<sup>[59]</sup>

2.6.1.2. *Desenlaces centrados en el paciente:* En los estudios incluidos se midió el cambio en la intensidad de los siguientes problemas de salud mental: psicopatología general,<sup>[54]</sup> depresión,<sup>[48,52-54,56-57,59]</sup> ansiedad,<sup>[48,53-54]</sup> consumo de alcohol,<sup>[47]</sup> somatización,<sup>[48]</sup> y síntomas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad.<sup>[58]</sup>

Para esto se usaron las siguientes escalas de auto-reporte: Cuestionario de Salud General (GHQ-12),<sup>[47,53]</sup> Listado de Síntomas SCL,<sup>[48,56-57]</sup> Escala de Depresión de Hamilton (HAMD),<sup>[53,59]</sup> Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria,<sup>[54]</sup> Escala de Depresión Geriátrica (GDS15),<sup>[52]</sup> Escala de Depresión Montgomery-Asberg (MADRS),<sup>[54]</sup> Escala de Ansiedad Abreviada (BAS),<sup>[54]</sup> Comprehensive Psychopathological Rating Scale,<sup>[54]</sup> Cuestionario de Problemas con el Alcohol (APQ),<sup>[47]</sup> y Escala de Connors para Padres y Profesores.<sup>[58]</sup>

Según la clasificación para el registro de desenlaces (ver Sección II: Protocolo de Estudio, 3.6 Priorización de Desenlaces), se efectuaron períodos de seguimiento de corto plazo,<sup>[53,56-57,58]</sup> mediano plazo,<sup>[47-48,54,59]</sup> y largo plazo.<sup>[48,52-53,58]</sup>

Para seis de estos desenlaces se reportaron diferencias de medias,<sup>[47,54,56-57]</sup> en un caso se utilizó el OR como medida del efecto,<sup>[52]</sup> y en tres casos se señalaron resultados del estadístico F con valores de p,<sup>[48,58-59]</sup> aunque en los estudios de Katon (1992)<sup>[48]</sup> y Epstein (2007)<sup>[58]</sup> no se proveyó información adicional. Berti Ceroni (2002), no presentó desenlaces desagregados por grupos de intervención.<sup>[53]</sup>

## 2.6.2. Desenlaces secundarios:

2.6.2.1. *Desenlaces centrados en el paciente:* El auto-reporte sobre el estado de salud física y mental,<sup>[46,49-51,53,55-57,59]</sup> el funcionamiento social,<sup>[46,49-51,54]</sup> la percepción de salud general,<sup>[46,48-51]</sup> la discapacidad funcional,<sup>[48,56-57]</sup> y los días en cama,<sup>[51]</sup> fueron indicadores utilizados para la medición del cambio en el estado de salud funcional en los estudios incluidos.

Para esto se usaron las siguientes escalas de auto-reporte: Rand Health Status Measure (RHSM),<sup>[46,49-51]</sup> Cuestionario de Salud SF-36,<sup>[53,55-57,59]</sup> Cuestionario de Funcionamiento Social (SFQ),<sup>[54]</sup> Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS).<sup>[56-57]</sup>

Según la clasificación para el registro de desenlaces, se efectuaron períodos de seguimiento de corto plazo,<sup>[53,56-57]</sup> mediano plazo,<sup>[48-51,54,59]</sup> y largo plazo.<sup>[46,48-51,53,55-57]</sup>

Para cinco de estos desenlaces se reportaron diferencias de medias.<sup>[49-51,54-57]</sup> Adicionalmente, en un estudio se señaló el resultado del estadístico F con valores de p, sin proveer información adicional,<sup>[48]</sup> y en otro caso se mencionaron solo las medias.<sup>[46]</sup> Berti Ceroni (2002), no presentó desenlaces desagregados por grupos de intervención.<sup>[53]</sup>

Por otra parte, tres estudios refieren haber efectuado mediciones de satisfacción usuaria, habiendo utilizado las siguientes escalas de auto-reporte: Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ),<sup>[46]</sup> y Verona Service Satisfaction Scale (VSSS),<sup>[54]</sup> además de preguntas utilizadas en un estudio previo.<sup>[56-57]</sup>

Estos desenlaces fueron registrados en el corto,<sup>[56-57]</sup> mediano,<sup>[54]</sup> y largo plazo.<sup>[46,56-57]</sup> Aunque solo en dos casos fueron reportados, como diferencia de medias,<sup>[54]</sup> y como proporciones.<sup>[56-57]</sup>

2.6.2.2. *Uso de servicios:* Este tipo de desenlace se registró a través de las consultas a servicios de salud médicos y psiquiátricos, fueran estos ambulatorios (comunitarios, generales o especializados), de urgencia u hospitalarios,<sup>[46-54,56-57]</sup> procedimientos médicos,<sup>[46,48]</sup> prescripción y monitoreo de esquemas farmacológicos,<sup>[48,52,56-57,58]</sup> y estimaciones de costos de los servicios provistos.<sup>[46,49-51,54,56-57]</sup>

En la mayoría de los casos estos datos se obtuvieron a través de la revisión de sistemas de información de salud (ej.: fichas clínicas),<sup>[46,48-52,56-57]</sup> siendo la otra alternativa el auto-reporte de pacientes,<sup>[47,51,53-54]</sup> o proveedores de salud.<sup>[58]</sup>

Según la clasificación para el registro de desenlaces, se efectuaron períodos de seguimiento de corto plazo,<sup>[46,53]</sup> mediano plazo,<sup>[46-51,54]</sup> y largo plazo.<sup>[46,48-53,56-58]</sup>

Para seis de estos desenlaces se indican diferencias de medias,<sup>[47,49-51,54]</sup> y proporciones.<sup>[48,56-58]</sup> Adicionalmente, en uno de los desenlaces se reportaron medias e intervalos de confianza para ambos grupos.<sup>[56-57]</sup> Para el resto de los desenlaces se presentan distintos estadísticos, aunque sin información adicional suficiente u omitiendo resultados para uno de los grupos.<sup>[46,48,52]</sup> En el estudio de Arthur (2002), no se muestran resultados para uno de los desenlaces,<sup>[52]</sup> mientras que el de Berti Ceroni (2002), no desagrega información por grupos de intervención.<sup>[53]</sup>

### 3. Riesgo de sesgo de los estudios individuales

La Figura 2 presenta una síntesis de la información obtenida con la Herramienta para la Evaluación del Riesgo de Sesgo, del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones.<sup>[19]</sup> Datos específicos sobre el riesgo de sesgo de cada uno de los estudios se reporta en la Sección VI: Anexos, 4.Tablas de Resumen de la Información.

#### 3.1. Generación de la secuencia

El riesgo de sesgo para este ítem fue calificado de “Alto” en Smith (1986), que utilizó un componente cuasi-aleatorio para la generación de la secuencia;<sup>[46]</sup> y de “Bajo” en Liu (2007), que reportó el uso de números aleatorios generados por computador.<sup>[59]</sup> Para el resto de los estudios no fue posible determinar cómo se generó la secuencia aleatoria, asignándoles un riesgo de sesgo “Poco claro” para el ítem evaluado.

#### 3.2. Ocultación de la secuencia de asignación

En Smith (1986), a pesar de la asignación centralizada, la naturaleza cuasi-aleatoria de la asignación le confiere un riesgo de sesgo “Alto” en el ítem evaluado.<sup>[46]</sup> Por otra parte, Arthur (2002), señaló el uso de sobres sellados, opacos y numerados, correspondiéndose con un “Bajo” riesgo de sesgo en el ítem analizado.<sup>[52]</sup> La ausencia de información suficiente para el resto de los estudios hizo que el juicio de valor sobre el riesgo de sesgo fuera “Poco claro”.<sup>[47-51,53-59]</sup>

**Figura 2. Resumen del riesgo de sesgo de los estudios individuales.<sup>6</sup>**

	Generación de la secuencia	Ocultación de la secuencia de asignación	Cegamiento de los participantes y de personal	Cegamiento de los evaluadores	Datos de desenlace incompletos	Notificación selectiva
Smith, 1986 <sup>[46]</sup>	✗	✗	✓	✓	✓	✗
Drummond, 1990 <sup>[47]</sup>	?	?	✓	✓	✗	✓
Katon, 1992 <sup>[48]</sup>	?	?	✗	✓	?	✗
Rost, 1994 <sup>[49-50]</sup>	?	?	✓	✓	?	✗
Smith, 1995 <sup>[51]</sup>	?	?	✓	✓	✓	✗
Arthur, 2002 <sup>[52]</sup>	?	✓	✗	✓	✗	✗
Berti Ceroni, 2002 <sup>[53]</sup>	?	?	?	?	✗	✗
Emmanuel, 2002 <sup>[54]</sup>	?	?	✓	✓	✗	✓
Dickinson, 2003 <sup>[55]</sup>	?	?	✓	✓	✓	✗
Hedrick, 2003 <sup>[56-57]</sup>	?	?	✗	✓	✗	✓
Epstein, 2007 <sup>[58]</sup>	?	?	✓	?	✓	✗
Liu, 2007 <sup>[59]</sup>	✓	?	✗	✓	✗	✓

### 3.3. Cegamiento de los participantes y de personal

En este tipo de intervenciones resulta poco factible el cegamiento de los usuarios y los proveedores, no obstante, este aspecto fue evaluado considerando la medida en que el tipo de interacción entre los participantes difería significativamente entre las ramas de un estudio, volviendo previsible la asignación. De este modo, el riesgo de sesgo para este ítem fue calificado de “Alto” en cuatro estudios en que los pacientes y los proveedores establecieron interacciones que diferían importantemente según fueron asignados.<sup>[48,52,56-57,59]</sup> Esto no ocurrió para otros siete casos, en que las interacciones fueron semejantes entre los participantes, confiriéndole un “Bajo” riesgo de sesgo en

<sup>6</sup>NOTA. Bajo riesgo de sesgo: ✓; Alto riesgo de sesgo: ✗; Riesgo de sesgo poco claro: ?.

este ítem.<sup>[46-47,49-51,54-55,58]</sup> En solo un caso la información provista resultó “Poco claro” para valorar el riesgo de sesgo en el ítem evaluado.<sup>[53]</sup>

### 3.4. Cegamiento de los evaluadores

El riesgo de sesgo para este ítem fue calificado de “Bajo” en 10 estudios que mencionaron explícitamente el ciego del evaluador,<sup>[46,48-52,54-57,59]</sup> o bien en que los desenlaces fueron evaluados a través de escalas de auto-reporte siendo poco probable que la medida haya sido influenciada;<sup>[47]</sup> y de “Poco claro” para los restantes que no señalaron suficiente información al respecto.<sup>[53,58]</sup>

### 3.5. Datos de desenlace incompletos

En seis estudios los datos de desenlace incompletos no estuvieron equilibrados entre las ramas del estudio, no se entregaron razones de pérdida, y/o no se realizó imputación de los datos, analizando solo los casos con información completa, condiciones que le confieren un “Alto” riesgo de sesgo para el ítem evaluado.<sup>[47,52-54,56-57,59]</sup> Por otra parte, en Smith (1986, 1995),<sup>[46,51]</sup> se pudo analizar a la totalidad de los sujetos en el estudio, y Dickinson (2003) y Epstein (2007),<sup>[55,58]</sup> refieren el empleo de estrategias de imputación adecuadas para los datos de desenlaces incompletos, características que se corresponden con un “Bajo” riesgo de sesgo en este ítem. Mientras que el riesgo de sesgo se estableció como “Poco claro” para dos casos restantes.<sup>[48-50]</sup>

### 3.6. Notificación selectiva

El riesgo de sesgo para este ítem fue calificado de “Alto” en la mayoría de los estudios (n=8), ya que los desenlaces pre-especificados no fueron notificados o fueron descritos de forma incompleta en la sección de resultados.<sup>[46,48-53,55,58]</sup> Cabe señalar que el estudio de Berti Ceroni (2002), presenta desenlaces para el total de la muestra sin desagregar los datos para las ramas del estudio.<sup>[53]</sup> En cambio, en cuatro estudios los desenlaces pre-especificados fueron reportados en la sección de resultados, lo que fue evaluado con un “Bajo” riesgo de sesgo en este ítem.<sup>[47,54,56-57,59]</sup>

## 4. Efectos de las intervenciones

### 4.1. Heterogeneidad de los estudios incluidos

La descripción de los estudios individuales efectuada en los puntos anteriores (Ver Sección III Resultados: 2.Características de los estudios incluidos y 3.Riesgo de sesgo de los estudios individuales), permitió identificar potenciales fuentes de heterogeneidad

clínica y metodológica que no hacen recomendable la síntesis estadística de toda la evidencia considerada en esta revisión sistemática.

Las principales fuentes de heterogeneidad clínica fueron las particularidades de las poblaciones estudiadas. Se observaron variaciones en la composición por sexo, desde la práctica ausencia de mujeres,<sup>[56-57]</sup> a un claro predominio de estas.<sup>[46,49-53,55,59]</sup> Si bien las edades fluctuaban alrededor de los cuarenta años, hubo un caso en que se reclutó a menores de edad,<sup>[58]</sup> y otro efectuado en adultos mayores.<sup>[52]</sup> Por último, hubo variabilidad en los problemas de salud mental con que fueron diagnosticados los usuarios, distinguiéndose principalmente entre trastornos de somatización,<sup>[46,48-51,55]</sup> y depresión.<sup>[48,52-53,56-57,59]</sup>

Adicionalmente, las características de las intervenciones y sus comparadores aportaron otra importante cuota de heterogeneidad clínica, ya que si bien la composición de proveedores en APS –mayoritariamente médicos generales-<sup>[46-47,49-57,59]</sup> y en los servicios especializados de salud mental –psiquiatras- fue relativamente homogénea,<sup>[46-59]</sup> las interacciones entre estos no lo fueron: la consultoría de salud mental se llevó a cabo desde una sola ocasión,<sup>[46,49-51,55]</sup> hasta aproximadamente 15 veces;<sup>[58]</sup> con periodicidad igualmente diversa; y los tratamientos otorgados en APS incluyeron principalmente visitas regulares para la búsqueda de signos de enfermedad médica,<sup>[46,48-51,55]</sup> prescripción de psicofármacos,<sup>[48,52-53,56-59]</sup> y algún tipo de intervención psicológica de baja intensidad.<sup>[47-48,53]</sup>

Complementariamente, el diseño de los estudios también contribuyó a la heterogeneidad metodológica: se emplearon estrategias de reclutamiento tales como el tamizaje,<sup>[48,52,59]</sup> el diagnóstico clínico con criterios estandarizados,<sup>[46-47,49-51,53,55-58]</sup> y la derivación según criterio de clínico no experto;<sup>[54]</sup> la mayoría de los períodos de seguimiento se extendieron en el largo plazo, aunque con rangos desde los 6 meses,<sup>[47,54]</sup> hasta el año y medio;<sup>[52]</sup> y se recurrieron a distintas técnicas para el reporte de los desenlaces de interés. En la misma línea, se juzgó que la variabilidad en el riesgo de sesgo de los estudios individuales contribuyó importantemente a la heterogeneidad metodológica.

En consecuencia, se ha determinado presentar la síntesis de los efectos de las intervenciones según los tipos de intervenciones y comparaciones realizadas, y luego de acuerdo a los tipos de desenlaces evaluados. En cada una de estas categorías, de ser posible la identificación de estudios que utilicen la misma medida del efecto y que refieran a un constructo semejante, se analizará la heterogeneidad estadística para determinar el tipo de meta-análisis más apropiado, los resultados serán graficados con diagramas de bosque.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> El cálculo de la heterogeneidad, la realización del meta-análisis y de los diagramas de bosque fueron asistidos con el software de distribución abierta OpenMetaAnalyst.

Finalmente, cabe mencionar que el estudio de Berti Ceroni (2002),<sup>[53]</sup> no indicó resultados desagregados para los grupos de tratamiento, debiendo ser excluido de esta sección al no permitir estimar el efecto de las intervenciones.

## 4.2. Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS

4.2.1. **Desenlaces de tipo clínico:** No hubo diferencias significativas entre los grupos de consultoría de salud mental (CSM) y de tratamiento usual en APS (TU-APS) en la remisión de trastornos mentales comunes a mediano plazo (un estudio, n = 143, Odds Ratio [OR] 0,65, Intervalo de confianza al 95% [IC95%] 0,31 a 1,38, a favor de TU-APS).<sup>[59]</sup>

4.2.2. **Desenlaces centrados en el paciente:**

4.2.2.1. *Psicopatología:* No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en la mejoría del cuadro depresivo a largo plazo (un estudio, n = 93, OR 0,39, IC95% 0,14 a 1,15, a favor de TU-APS),<sup>[52]</sup> ni en la sintomatología depresiva a mediano plazo (un estudio, n = 143, Diferencia de Medias (MD) 0,5, IC95% -1,24 a 2,24, a favor de TU-APS).<sup>[59]</sup> Para dos estudios no fue posible computar alguna medida del efecto.<sup>[48,58]</sup>

Un meta-análisis de efectos fijos no identificó diferencias significativas entre los grupos de CSM y TU-APS en la mejoría de la psicopatología en el mediano a largo plazo (dos estudios, n = 236, OR 0,61, IC95% 0,35 a 1,04, a favor de TU-APS, heterogeneidad no aplicable) (ver Sección VI: Anexos, 5.Meta-análisis, Figura 3.1).<sup>[52,59]</sup>

4.2.2.2. *Estado de salud funcional:* Dos estudios no proveyeron información suficiente para estimar medidas del efecto.<sup>[46,48]</sup>

4.2.2.2.1. Estado de salud física: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en el auto-reporte del estado de salud física a mediano plazo, la existencia de una heterogeneidad sustantiva probablemente se deba a las patologías incluidas en los estudios (ansiedad, depresión y somatización) (Efectos aleatorios, dos estudios, n = 216, MD 2,06, IC95% -8,77 a 12,90, a favor de CSM,  $I^2 = 64,42\%$ ) (ver Sección VI: Anexos, 5.Meta-análisis, Figura 3.2).<sup>[49-50,59]</sup>

Sin embargo, en población con trastornos de somatización (TDS), se observaron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS para el desenlace evaluado a largo plazo, evidenciándose una importante heterogeneidad (Efectos aleatorios, tres estudios,  $n = 312$ , MD 6,81, IC95% 2,51 a 11,10, a favor de CSM,  $I^2 = 60,58\%$ ) (ver Sección VI: Anexos, 5.Meta-análisis, Figura 3.3).<sup>[49-51,55]</sup> Al respecto, uno de los estudios presenta resultados según tipos de TDS solapados importantemente, por lo que se optó por incluir en meta-análisis la categoría “TDS abreviado”, que representó al 97,34% de los usuarios en el estudio.<sup>[55]</sup>

- 4.2.2.2.2. Estado de salud mental: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en el estado de salud mental a mediano plazo, los estudios incluyeron trastornos ansioso depresivos y de somatización (Efectos fijos, dos estudios,  $n = 216$ , MD -0,50, IC95% -5,43 a 4,44, a favor de TU-APS, heterogeneidad no aplicable) (ver Sección VI: Anexos, 5.Meta-análisis, Figura 3.4),<sup>[49-50,59]</sup> tampoco se demostraron diferencias a largo plazo en usuarios con TDS (Efectos aleatorios, dos estudios,  $n = 129$ , MD 1,56, IC95% -4,18 a 7,30, a favor de CSM,  $I^2 = 74,71\%$ ) (ver Sección VI: Anexos, 5.Meta-análisis, Figura 3.5).<sup>[49-51]</sup> Un estudio no reportó resultados para este desenlace.<sup>[55]</sup>
- 4.2.2.2.3. Funcionamiento social: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en el funcionamiento social a largo plazo (Efectos fijos, dos estudios,  $n = 129$ , MD -0,99, IC95% -2,64 a 0,66, a favor de TU-APS, heterogeneidad no aplicable) (ver Sección VI: Anexos, 5.Meta-análisis, Figura 3.6).<sup>[49-51]</sup> Solo se incluyen pacientes con TDS.
- 4.2.2.2.4. Percepción de salud general: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en la percepción de salud general a largo plazo, estimándose una heterogeneidad significativa (Efectos aleatorios, dos estudios,  $n =$

129, MD 0,48, IC95% -5,73 a 6,68, a favor de CSM,  $I^2 = 77,9\%$ ) (ver Sección VI: Anexos, 5.Meta-análisis, Figura 3.7).<sup>[49-51]</sup> Solo se incluyen pacientes con TDS.

- 4.2.2.2.5. Días en cama: Smith (1995),<sup>[51]</sup> no reportó diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en la cantidad de días en cama a largo plazo (n = 56, MD -0,85, IC95% -1,75 a 0,05, a favor de CSM). Este estudio incluyó a pacientes con TDS.
- 4.2.2.3. *Satisfacción con el tratamiento*: Smith (1986),<sup>[46]</sup> evaluó la satisfacción con el tratamiento a largo plazo en usuarios con TDS, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS, no reportó estadísticos para estimar medidas del efecto.
- 4.2.2.4. *Uso de servicios*<sup>8</sup>: Tres estudios presentan resultados sin señalar datos suficientes para estimar el efecto de la intervención, o bien no presentan desenlaces previamente especificados.<sup>[46,48,52]</sup>
- 4.2.2.4.1. Consultas a servicios de salud: Smith (1995),<sup>[51]</sup> en pacientes con TDS, no reportó diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en la prolongación de la estadía hospitalaria (n = 56, MD -0,5, IC95% -6,96 a 5,96, a favor de CSM), el número de consultas de urgencia (MD -0,7, IC95% -2,72 a 1,32, a favor de CSM) y ambulatorias (MD 0,2, IC95% -6,02 a 6,42, a favor de CSM) a largo plazo.
- 4.2.2.4.2. Gastos en salud: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en los gastos totales de salud a largo plazo (un estudio, n = 73, MD -\$466, IC95% -\$699 a -\$132, a favor de CSM),<sup>[49-50]</sup> y en gastos médicos (un estudio, n = 56, MD -\$289,11, IC95% -\$525,47 a -\$52,75, a favor de CSM),<sup>[51]</sup> no así en gastos de salud mental, que se mantuvieron estables (un estudio, n = 56, MD -\$51,93, IC95% -\$121,63 a \$17,77, a favor de CSM).<sup>[51]</sup> Lamentablemente estos estudios no pudieron ser sometidos a meta-

<sup>8</sup> Se ha supuesto como favorable que una intervención reduzca hospitalizaciones, consultas de urgencia y consultas a servicios especializados, y aumente el número de consultas a servicios ambulatorios o comunitarios.

análisis, ya que la presentación de gastos totales de salud no pudo ser desagregada en gastos médicos y de salud mental.

- 4.2.2.4.3. Uso de fármacos: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en la prescripción de antidepresivos a mediano plazo, se incluyen a pacientes con trastornos ansioso depresivos y de somatización (un estudio, n = 251, OR 2,06, IC95% 1,21 a 3,51, a favor de CSM).<sup>[48]</sup> La misma fuente documentó mayor adherencia a estos fármacos en el grupo de CSM a mediano (OR 2,32, IC95% 1,21 a 4,44) y largo plazo (OR 2,56, IC95% 1,31 a 5,04).<sup>[48]</sup>

Por otra parte, en menores de edad con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TU-APS en el uso de un esquema farmacológico adecuado en el largo plazo (OR 2,06, IC95% 1,03 a 4,10, a favor de CSM), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas para el monitoreo periódico de la efectividad de dicho esquema (OR 1,77, IC95% 0,90 a 3,49, a favor de CSM).<sup>[58]</sup>

Cabe mencionar que para ambos estudios los datos presentados fueron computados en base a las proporciones señaladas en los reportes.<sup>[48,58]</sup>

### 4.3. Consultoría de salud mental versus Tratamiento especializado

El ensayo controlado de Drummond (1990),<sup>[47]</sup> es el único estudio que provee desenlaces para esta comparación. Todos los desenlaces fueron evaluados a mediano plazo.

- 4.3.1. **Desenlaces de tipo clínico:** No hubo diferencias significativas entre los grupos de consultoría de salud mental (CSM) y de tratamiento especializado (TE) en el consumo de alcohol (n = 37, MD -46,8, IC95% -188,15 a 94,549, a favor de CSM).
- 4.3.2. **Desenlaces centrados en el paciente:**

- 4.3.2.1. *Psicopatología*: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TE en la intensidad de los síntomas de psicopatología (n = 33, MD 0,4, IC95% -4,35 a 5,15, a favor de TE), ni en el consumo problemático de alcohol (n = 33, MD -0,8, IC95% -4,61 a 3,01, a favor de CSM).
- 4.3.2.2. *Uso de servicios*: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de TE en la cantidad de consultas a servicio de salud mental especializado (n = 37, MD -3,1, IC95% -4,16 a -2,04, a favor de CSM). En cuanto a las visitas a médicos generales (n= 37, MD 2,8, IC95% -0,24 a 5,84, a favor de CSM) y la asistencia a alcohólicos anónimos (n = 37, MD 0,1, IC95% -0,18 a 0,38, a favor de CSM), no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

#### 4.4. Consultoría de salud mental mejorada versus Consultoría de salud mental usual

El ensayo controlado de Emmanuel (2002),<sup>[54]</sup> es el único estudio que provee desenlaces para esta comparación. Todos los desenlaces fueron evaluados a mediano plazo.

- 4.4.1. **Desenlaces de tipo clínico**: No hubo diferencias significativas entre los grupos de consultoría de salud mental mejorada (CSM+) y de consultoría de salud mental usual (CSMu) en el cambio en la sintomatología clínica (n = 34, MD 3,1, IC95% -4,0 a 10,2, a favor de CSMu), ni en el funcionamiento social (GAFS: n = 34, MD 5,7, IC95% -2,9 a 15,6, a favor de CSM+).
- 4.4.2. **Desenlaces centrados en el paciente**:
- 4.4.2.1. *Psicopatología*: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM+ y de CSMu en psicopatología general (n = 34, MD -3,0, IC95% -5,5 a 5,6, a favor de CSM+), depresión (MADRS: n = 34, MD 2,6, IC95% -4,0 a 8,1, a favor de CSMu; HADS [depresión]: n = 34, MD -0,8, IC95% -4,8 a 1,3, a favor de CSM+), y ansiedad (BAS: n = 34, MD -0,8, IC95% -6,4 a 3,5, a favor de CSM+; HADS [ansiedad]: n = 34, MD 0,3, IC95% -3,7 a 2,1, a favor de CSMu).
- 4.4.2.2. *Estado de salud funcional*: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM+ y CSMu en el funcionamiento social (SFQ: n = 34, MD -1,7, IC95% -6,36 a -0,03, a favor de CSM+).

- 4.4.2.3. *Satisfacción con el tratamiento*: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM+ y de CSMu en satisfacción usuaria (n = 33, MD 0,1, IC95% -0,3 a 0,5, a favor de CSM+).
- 4.4.2.4. *Gastos en salud*: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM+ y CSMu en este desenlace (n = 77, MD £473, IC95% £-535 a £1480, a favor de CSMu).

## 4.5. Consultoría de salud mental versus Cuidados colaborativos

El ensayo controlado de Hedrick (2003),<sup>[56-57]</sup> es el único estudio que provee desenlaces para esta comparación.

### 4.5.1. Desenlaces centrados en el paciente:

- 4.5.1.1. *Psicopatología*: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de consultoría de salud mental (CSM) y de cuidados colaborativos (CC) en la sintomatología depresiva a corto plazo (n = 328, MD 0,17, IC95% 0,03 a 0,31, a favor de CC), estas diferencias desaparecen a largo plazo (n = 307, MD 0,13, IC95% -0,03 a 0,29, a favor de CC).

### 4.5.1.2. Estado de salud funcional:

- 4.5.1.2.1. Estado de salud física: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de CC en el estado de salud física en ningún período de seguimiento (corto plazo: n = 328, MD 0,08, IC95% -1,41 a 1,57, a favor de CSM; largo plazo: n = 307, MD 1,20, IC95% -0,43 a 2,83, a favor de CSM).

- 4.5.1.2.2. Estado de salud mental: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de CC en el estado de salud mental en ningún período de seguimiento (corto plazo: n = 328, MD -2,28, IC95% -4,66 a 0,09, a favor de CC; largo plazo: n = 307, MD -2,37, IC95% -5,19 a 0,45, a favor de CC).

- 4.5.1.2.3. Discapacidad funcional: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de CC en la discapacidad funcional a corto plazo (n = 328, MD 0,53, IC95% 0,02 a 1,04, a favor de CC), estas diferencias desaparecen en el largo

plazo (n = 307, MD 0,43, IC95% -0,13 a 0,99, a favor de CC).

4.5.1.3. *Satisfacción con el tratamiento:* No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de CC en satisfacción usuaria en el corto plazo (n = 328, OR 1,04, IC95% 0,59 a 1,82, a favor de CSM), sin embargo, a largo plazo se encontraron diferencias significativas en el desenlace a favor de CC (n = 307, OR 0,48, IC95% 0,27 a 0,89). Cabe mencionar que estas medidas del efecto fueron computadas a partir de las proporciones reportadas en el estudio, diferenciándose de este en el hallazgo de diferencias significativas en la satisfacción usuaria a largo plazo.

4.5.1.4. *Uso de servicios:*

4.5.1.4.1. *Consultas a servicios de salud:* Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de CC en las consultas con médico tratante de la depresión en APS (n = 354, MD -0,94, IC95% -1,82 a -0,06, a favor de CC), en las visitas de psiquiatra consultor a APS (n = 354, MD 1,75, IC95% 1,29 a 2,21, a favor de CSM) y para consultas a centros especializados de salud mental (n = 354, MD 1,27, IC95% 0,19 a 2,35, a favor de CC). En cambio, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de CC en las visitas del usuario a APS con motivos de su depresión (n = 354, MD 0,17, IC95% -0,94 a 1,28, a favor de CSM), ni en las visitas a APS por motivos distintos a la depresión (n = 354, MD -0,37, IC95% -1,27 a 0,53, a favor de CC). Todos estos desenlaces fueron evaluados a largo plazo.

4.5.1.4.2. *Gastos en salud:* No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y de CC para los costos totales del tratamiento de la depresión (n = 354, MD -\$160,00, IC95% -\$328,81 a \$8,81, a favor de CSM), ni para costos totales en salud (n = 354, MD -\$1157,00, IC95% -\$4298,54 a \$1984,54, a favor de CSM), sin embargo, se encontraron diferencias significativas en los costos de servicios de salud ambulatorios (n = 354, MD -\$615,00, IC95% -\$1185,11 a -\$44,89, a favor de CSM). Estos desenlaces fueron evaluados a largo plazo.

- 4.5.1.4.3. *Uso de fármacos:* Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM y CC en la prescripción de fármacos a largo plazo (n = 307, OR 0,40, IC95% 0,24 a 0,64, a favor de CC), no obstante, no se encontraron diferencias entre los grupos en lo relativo a la utilización de la dosis correcta.

## 4.6. Consultoría de salud mental más Tratamiento usual versus Terapia de resolución de problemas más Tratamiento usual

Finalmente, el ensayo clínico de Liu (2007),[59] es el único estudio que provee desenlaces para esta comparación. Todos los desenlaces fueron evaluados a mediano plazo.

- 4.6.1. **Desenlaces de tipo clínico:** No hubo diferencias significativas entre los grupos de consultoría de salud mental más tratamiento usual (CSM+TU) y de terapia de resolución de problemas más tratamiento usual (TRP+TU) en la remisión de trastornos mentales comunes (n = 143, OR 0,53, IC95% 0,27 a 1,06, a favor de TRP+TU).
- 4.6.2. **Desenlaces centrados en el paciente:**
- 4.6.2.1. *Psicopatología:* No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM+TU y de TRP+TU en la sintomatología depresiva (n = 143, MD 0,80, IC95% -1,06 a 2,66, a favor de TRP+TU).
- 4.6.2.2. *Estado de salud funcional:*
- 4.6.2.2.1. Estado de salud físico: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM+TU y de TRP+TU en el estado de salud físico (n = 143, MD -0,30, IC95% -7,46 a 6,86, a favor de TRP+TU).
- 4.6.2.2.2. Estado de salud mental: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de CSM+TU y de TRP+TU en el estado de salud mental (n = 143, MD -3,30, IC95% -9,97 a 3,37, a favor de TRP+TU).

## 5. Meta-sesgos

El análisis de sesgo de publicación no fue viable debido al escaso número de estudios por desenlace que fueron incluidos en esta revisión sistemática y meta-análisis. Consideramos que con solo tres estudios (máximo “n” incluido en uno de los meta-análisis llevados a cabo) y con una heterogeneidad considerable, no se satisfacen supuestos básicos para efectuar estimaciones no sesgadas, según las recomendaciones de la Colaboración Cochrane.<sup>[19]</sup>

No obstante lo anterior, la Colaboración Cochrane considera el sesgo de publicación y el sesgo de informe de resultados (notificación selectiva) como tipos especiales de sesgos de informe, en los que la diseminación de los resultados está influenciada por la dirección de estos.<sup>[19]</sup> Es plausible la hipótesis que dado el alcance de la notificación selectiva en los estudios incluidos –presente en el 75% de estos-, el sesgo de publicación de estudios que evalúan la efectividad de la consultoría de salud mental no pueda ser descartado.

## 6. Confianza en la evidencia acumulada

En esta sección se evaluará la calidad del conjunto de las pruebas que permiten establecer la superioridad o no de la consultoría de salud mental frente al tratamiento usual en la APS, para cada uno de los desenlaces estudiados, ya que la presente revisión incluyó un número mínimo de estudios que contribuyen a esta comparación y permiten la aplicación del enfoque GRADE, recomendado por la Colaboración Cochrane.<sup>[19]</sup>

Para la comparación de la consultoría de salud mental con otras intervenciones (p.ej., cuidado colaborativos), cabe mencionar que las pruebas son provistas por estudios individuales, motivo que limita la aplicación del enfoque GRADE e impone un grado de incertidumbre sustancial. Para estos casos, solo se discutirán aspectos relativos al riesgo de sesgo de cada estudio, e imprecisión de los resultados (Ver 6.11. Casos Especiales).

La Figura 4 muestra una síntesis de la aplicación del enfoque GRADE a la comparación entre consultoría de salud mental y tratamiento usual en la APS, con detalle para cada desenlace.

### 6.1. Psicopatología

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Muy baja”. Cuatro estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado,<sup>[48,52,58-59]</sup> los cuales presentaron un riesgo de sesgo “Alto” en varios dominios (particularmente notificación selectiva, datos de desenlace incompletos, y cegamiento de los participantes y de personal). Al respecto, es notable que de los cuatro estudios, solo dos efectivamente indicaron datos que permitieron computar una medida del efecto y ser incluidos en meta-análisis.<sup>[52,59]</sup> Uno de los estudios incluidos en meta-análisis,<sup>[52]</sup> se realizó en un grupo etario específico (adultos mayores), lo que si bien se encuentra considerado en los criterios de elegibilidad para esta revisión, resta direccionalidad al conjunto de

pruebas, al compararse con el resto de estudios efectuados en un grupo etario relativamente homogéneo.

## 6.2. Estado de salud física

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Muy baja”. Seis estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado,<sup>[46,48-51,55,59]</sup> los cuales presentaron un riesgo de sesgo “Alto” particularmente en la notificación selectiva, siendo notable que dos de estos estudios no proveyeron datos suficientes para ser incluidos en meta-análisis.<sup>[46,48]</sup> En los meta-análisis se observó una heterogeneidad significativa e inexplicada, considerando que se realizó un análisis de subgrupo en que se incluyeron estudios similares en términos clínicos y metodológicos.<sup>[49-51,55]</sup>

## 6.3. Estado de salud mental

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Muy baja”. Este resultado incluyó los mismos estudios que el desenlace anterior y exhibió las mismas características. Adicionalmente, padeció de importante imprecisión en los resultados, con tamaños de muestras pequeñas e intervalos de confianza amplios.

## 6.4. Funcionamiento social

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Baja”. Cuatro estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado,<sup>[46,48-51]</sup> los cuales presentaron un riesgo de sesgo “Alto” particularmente en la notificación selectiva, siendo notable que dos de estos estudios no proveyeran datos suficientes para ser incluidos en meta-análisis.<sup>[46,48]</sup>

## 6.5. Percepción de salud general

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Muy baja”. Cuatro estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado,<sup>[46,48-51]</sup> los cuales presentaron un riesgo de sesgo “Alto” particularmente en la notificación selectiva, siendo notable que dos de estos estudios no proveyeron datos suficientes para ser incluidos en meta-análisis.<sup>[46,48]</sup> En los meta-análisis se observó una heterogeneidad significativa e inexplicada, considerando que se realizó un análisis de subgrupo en que se incluyeron estudios similares en términos clínicos y metodológicos.<sup>[49-51,55]</sup> Adicionalmente, se observó una imprecisión importante en los resultados, con tamaños de muestras pequeñas e intervalos de confianza amplios.

## 6.6. Días en cama

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Muy baja”. Tres estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado,<sup>[46,48,51]</sup> los cuales presentaron un riesgo de sesgo “Alto” particularmente en la notificación selectiva, siendo notable que solo se pudieron computar medidas del efecto en un caso,<sup>[51]</sup> siendo inviable el meta-análisis. Adicionalmente, si bien no se observaron intervalos de confianza amplios, el tamaño de muestra pequeño fue considerado un aspecto que limita bastante la confianza en esta fuente.

**Figura 4. Síntesis de la evaluación de la confianza en la evidencia acumulada (Enfoque GRADE), para la comparación entre consultoría de salud mental y tratamiento usual en la APS.<sup>9</sup>**

Desenlace	Limitaciones en el diseño e implementación	Falta de direccionalidad de las pruebas	Heterogeneidad inexplicada	Imprecisión de los resultados	Alta probabilidad de Sesgo de publicación	Calificación
						n
Psicopatología	⊖⊖	⊖			?	Muy baja
Estado de salud física	⊖⊖		⊖		?	Muy baja
Estado de salud mental	⊖⊖		⊖	⊖	?	Muy baja
Funcionamiento social	⊖⊖				?	Baja
Percepción de salud general	⊖⊖		⊖	⊖	?	Muy baja
Días en cama	⊖⊖			⊖	?	Muy baja
Satisfacción con el tratamiento	⊖⊖			⊖	?	Muy baja
Consultas a servicios de salud	⊖⊖			⊖	?	Muy baja

<sup>9</sup> NOTA. Calificación de la evidencia puede ser: Alta, Moderada, Baja o Muy Baja. Se asume la calificación inicial de la evidencia como “Alta”, sobre la cual van aplicándose los descuentos. ⊖: Disminuye un nivel en la calificación; ⊖⊖: Disminuye dos niveles en la calificación; ?: No pudo ser evaluado.

Gastos en salud	⊖⊖			⊖	?	Muy baja
Uso de fármacos	⊖	⊖			?	Baja

## 6.7. Satisfacción con el tratamiento

La confianza en la evidencia disponible para este resultado es “Muy baja”. Solo un estudio pre-especificó la medición de la satisfacción usuaria,<sup>[46]</sup> no obstante, los resultados señalados en el reporte no permitieron establecer una medida del efecto. Como corolario, no fue posible observar los intervalos de confianza, aunque el tamaño de muestra pequeño fue considerado un aspecto que limita bastante la confianza en la evidencia disponible.

## 6.8. Consultas a servicios de salud

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Muy baja”. Cuatro estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado,<sup>[46,48,51-52]</sup> los cuales presentaron un riesgo de sesgo “Alto” (particularmente en aspectos como el cegamiento de los participantes y de personal, los datos de desenlace incompletos, y la notificación selectiva), siendo notable que solo se pudieron computar medidas del efecto para un caso,<sup>[51]</sup> siendo inviable el meta-análisis. Adicionalmente, si bien no se observaron intervalos de confianza amplios, el tamaño de muestra pequeño fue considerado un aspecto que limita bastante la confianza en esta fuente.

## 6.9. Gastos en salud

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Muy baja”. Cinco estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado,<sup>[46,48-52]</sup> los cuales presentaron un riesgo de sesgo “Alto” (particularmente en aspectos como el cegamiento de los participantes y de personal, los datos de desenlace incompletos, y la notificación selectiva), siendo notable que tres casos no hayan contribuido con medidas del efecto.<sup>[46,48,52]</sup> Adicionalmente, si bien no se observaron intervalos de confianza amplios, los tamaños de las muestras fueron considerados un aspecto que limita bastante la confianza en la evidencia.

## 6.10. Uso de fármacos

La calificación del conjunto de pruebas para este resultado es “Baja”. Dos estudios pre-especificaron y proveyeron desenlaces,<sup>[48,58]</sup> los cuales presentaron un riesgo de sesgo “Alto” en la notificación selectiva,<sup>[48,58]</sup> y en el cegamiento de los participantes y de personal,<sup>[48]</sup> además de presentar riesgos “Poco claros” en la generación y ocultación de

la secuencia, existiendo dudas sobre la previsibilidad de la asignación. Por otra parte, Uno de los estudios incluidos,<sup>[58]</sup> se realizó en un grupo etario específico (menores de edad), lo que si bien se encuentra considerado en los criterios de elegibilidad para esta revisión, resta direccionalidad al conjunto de pruebas, al compararse con el resto de estudios efectuados en un grupo etario relativamente homogéneo.

### 6.11. Casos especiales

Drummond (1990)<sup>[47]</sup> y Emmanuel (2002),<sup>[54]</sup> presentaron un “Alto” riesgo de sesgo en los datos de desenlace incompletos, con pérdidas menores en un caso<sup>[47]</sup> y relativamente importantes en el otro,<sup>[54]</sup> y un riesgo “Poco claro” en la generación y ocultación de la secuencia, aunque la previsión de la asignación para los pacientes resultó poco probable en ambos estudios. Sin embargo, uno de los principales problemas fue la imprecisión de los resultados, padeciendo de un  $n$  pequeño e intervalos de confianza amplios. La calificación para el conjunto de pruebas que aportan cada uno de estos ensayos controlados, por separado, fue “Baja”.

En el caso de Hedrick (2003),<sup>[56-57]</sup> presentó un “Alto” riesgo de sesgo en el cegamiento de los participantes y de personal, y en datos de desenlace incompletos. Al respecto, al haber sido plausible la previsión de la asignación por parte de los pacientes, el “Alto” riesgo de sesgo en el cegamiento de los participantes y de personal perjudicó la calificación para el conjunto de pruebas que aporta este estudio, siendo evaluada de “Moderada”.

Finalmente, Liu (2007),<sup>[59]</sup> presentó un “Alto” riesgo de sesgo en el cegamiento de los participantes y de personal, y en datos de desenlace incompletos. El primero de estos aspectos pudo haber hecho plausible la previsión de la asignación por parte de los pacientes, mientras que en el segundo se observaron datos de desenlace incompletos no equilibrados entre los grupos sin la realización de imputación adecuada de datos. Además, el estudio padeció de problemas con la imprecisión de los resultados ( $n$  pequeño e intervalos de confianza amplios). Por estos motivos la calificación para el conjunto de pruebas que aporta este estudio es “Baja”.

## Sección IV: Discusión

---

### 1. Resumen de los resultados principales

Esta revisión sistemática y meta-análisis demostró que la comparación entre la consultoría de salud mental y el tratamiento usual en la APS no fue favorable para la intervención respecto a la reducción o remisión de la psicopatología en dos estudios, o la mejoría en el funcionamiento social en igual número de casos. En cambio, el modelo de consultoría de salud mental logró resultados favorables en el estado de salud física de los pacientes y en desenlaces relacionados al uso de servicios (consultas a servicios de salud, gastos en salud, y uso de fármacos), en los que la intervención tiene un efecto significativo respecto del tratamiento usual en la APS. Estos beneficios son más notorios a largo plazo en un subgrupo de pacientes con trastornos de somatización, según se reportó en tres estudios. En la Tabla 3 de “Resumen de resultados”, se sintetiza la evidencia disponible para estas comparaciones. No obstante, estos resultados están sujetos a limitaciones importantes en términos de calidad, aspecto que será abordado en el apartado 3. Calidad de la pruebas.

En cuanto a la comparación de la consultoría de salud mental frente a otras intervenciones (componentes “activos”), la evidencia es escasa al provenir de estudios individuales. En un caso la implementación de una consultoría de salud mental mejorada logró mayores beneficios para el funcionamiento social que la consultoría de salud mental usual, y en el otro los cuidados colaborativos presentaron resultados más favorables que la consultoría de salud mental en la reducción de la psicopatología y la discapacidad funcional, la demanda sobre servicios de salud ambulatorios, y el uso de fármacos, aunque generan un mayor gasto de salud que la consultoría de salud mental. Nuevamente, estos resultados están sujetos a limitaciones importantes, principalmente al provenir de estudios individuales.

### 2. Compleción general y aplicabilidad de las pruebas

Se debe tener precaución al momento de buscar la generalización de los hallazgos de esta revisión sistemática y meta-análisis para tomar decisiones respecto de la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS como modelo de intervención.

En primer lugar, se trata de evidencia que en promedio data de hace más de 15 años, siendo previsible que cambios en las tecnologías sanitarias y en los estándares de investigación sean limitaciones que se han de tomar en cuenta. Como ejemplo, casi la mitad (n=5) de los estudios incluidos en esta revisión son previos a la publicación de la declaración CONSORT del año 2001,<sup>[72]</sup> y otros cinco son del período 2002-2003, siendo comprensible que no se hayan visto afectados por la declaración CONSORT, debido a los tiempos de los procesos editoriales.

**Tabla 3. Resumen de resultados para la comparación del efecto de la consultoría de salud mental respecto al tratamiento usual en la atención primaria de salud.**

Desenlace de interés	N° de participantes (estudios)	Calidad de la evidencia (GRADE)	Medida del efecto (IC95%)	Comentarios
Psicopatología (mediano/largo plazo)	236 (2 estudios) <sup>[52,59]</sup>	Muy baja	OR 0,61 <sup>10</sup> (0,35 a 1,04)	Notificación selectiva importante <sup>11</sup> , grupos etarios heterogéneos. A favor de tratamiento usual (no significativo).
Estado de salud física (mediano y largo plazo)	216 <sup>12</sup> (2 estudios) <sup>[49-50,59]</sup>	Muy baja	MD 2,06 <sup>14</sup> (-8,77 a 12,90)	Notificación selectiva importante <sup>16</sup> , heterogeneidad inexplicada. A favor de consultoría de salud mental (significativo a largo plazo).
	312 <sup>13</sup> (3 estudios) <sup>[49-51,55]</sup>		MD 6,81 <sup>15</sup> (2,51 a 11,10)	
Estado de salud mental (mediano y largo plazo)	216 <sup>12</sup> (2 estudios) <sup>[49-50,59]</sup>	Muy baja	MD -0,50 <sup>14</sup> (-5,43 a 4,44)	Notificación selectiva importante <sup>16</sup> , heterogeneidad inexplicada. Imprecisión de las estimaciones es significativa.
	129 <sup>13</sup> (2 estudios) <sup>[49-51]</sup>		MD 1,56 <sup>15</sup> (-4,18 a 7,30)	
Funcionamiento social (largo plazo)	129 (2 estudios) <sup>[49-51]</sup>	Baja	MD -0,99 (-2,64 a 0,66)	Notificación selectiva importante <sup>11</sup> . A favor de tratamiento usual (no significativo).
Percepción de salud general (largo plazo)	129 (2 estudios) <sup>[49-51]</sup>	Muy baja	MD 0,48 (-5,73 a 6,68)	Notificación selectiva importante <sup>11</sup> , heterogeneidad inexplicada. Imprecisión relevante de las estimaciones.

<sup>10</sup> Esta medida del efecto no incluye datos adicionales de un estudio, no obstante el efecto va en la misma dirección.

<sup>11</sup> Cuatro estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado, pero solo dos reportaron datos suficientes para incluirlos en meta-análisis.

<sup>12</sup> N mediano plazo.

<sup>13</sup> N largo plazo.

<sup>14</sup> Efecto a mediano plazo.

<sup>15</sup> Efecto a largo plazo.

<sup>16</sup> Seis estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado, dos estudios no proveyeron datos suficientes para incluirlos en meta-análisis.

**Tabla 3 (continuación). Resumen de resultados para la comparación del efecto de la consultoría de salud mental respecto al tratamiento usual en la atención primaria de salud.**

Desenlace de interés	N° de participantes (estudios)	Calidad de la evidencia (GRADE)	Medida del efecto (IC95%)	Comentarios
Días en cama (largo plazo)	56 (1 estudio) <sup>[51]</sup>	Muy baja	MD -0,85 (-1,75 a 0,05)	Notificación selectiva importante <sup>17</sup> , Pequeño tamaño muestral perjudica confianza en las estimaciones. A favor de consultoría de salud mental (no significativo).
Satisfacción con el tratamiento (largo plazo)	38 (1 estudio) <sup>[46]</sup>	Muy baja	No disponible	Notificación selectiva importante <sup>18</sup> , Pequeño tamaño muestral perjudica confianza en las estimaciones. No hay diferencias entre intervenciones (estadísticos no reportados).
Consultas a servicios de salud (largo plazo)	56 (1 estudio) <sup>[51]</sup>	Muy baja	No disponible <sup>19</sup>	Notificación selectiva importante <sup>20</sup> , Pequeño tamaño muestral perjudica confianza en las estimaciones. A favor de la consultoría de salud mental (ver nota a pie de página <sup>19</sup> ).

<sup>17</sup> Tres estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado, pero solo uno reportó datos suficientes para computar medida del efecto.

<sup>18</sup> El único estudio que aporta información sobre este desenlace no reportó datos suficientes para computar medida del efecto.

<sup>19</sup> Desenlaces evaluados no permiten computar una medida del efecto resumida: i) Prolongación de la estadía hospitalaria (MD -0,5, IC95% -6,96 a 5,96); ii) Número de consultas de urgencia (MD -0,7, IC95% -2,72 a 1,32); y iii) Número de consultas ambulatorias (MD 0,2, IC95% -6,02 a 6,42). Todos exhiben una tendencia favorable (no significativa) a la consultoría de salud mental.

<sup>20</sup> Cuatro estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado, pero solo uno reportó datos suficientes para computar medida del efecto.

**Tabla 3 (final). Resumen de resultados para la comparación del efecto de la consultoría de salud mental respecto al tratamiento usual en la atención primaria de salud.**

Desenlace de interés	N° de participantes (estudios)	Calidad de la evidencia (GRADE)	Medida del efecto (IC95%)	Comentarios
Gastos en salud (largo plazo)	129 (2 estudios) <sup>[49-51]</sup>	Muy baja	No disponible <sup>21</sup>	Notificación selectiva importante <sup>22</sup> , Pequeño tamaño muestral perjudica confianza en las estimaciones. A favor de la consultoría de salud mental (ver nota pie de página <sup>21</sup> ).
Uso de fármacos (mediano y largo plazo)	251 <sup>23</sup> (1 estudio) <sup>[48]</sup> 397 <sup>24</sup> (2 estudios) <sup>[48,58]</sup>	Baja	No disponible <sup>25,26</sup>	Limitaciones en el diseño e implementación de los estudios, grupos etarios heterogéneos. A favor de la consultoría de salud mental (ver nota de pie de página <sup>25,26</sup> ).

Adicionalmente, los estudios provienen de diferentes contextos, encontrándose semejanzas en la distribución de responsabilidades y coordinación entre servicios de salud generales y especialistas en salud mental de acuerdo a la localidad en que fueron efectuados, esto puede ser un indicador que retrata la idiosincrasia de los distintos sistemas de salud, y la elaboración de un juicio sobre la aplicación de las pruebas debe tomar en cuenta estas particularidades.

Complementariamente, es necesario señalar que las características de las poblaciones estudiadas sugiere que la aplicación de la consultoría de salud mental ha sido puesta a prueba principalmente para el manejo de trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión, y somatización), restando examinar su performance en patologías mentales de mayor complejidad. Finalmente, la evidencia sobre la aplicación del modelo de consultoría de salud mental en población infanto-juvenil y adulto mayor es muy escasa.

<sup>21</sup> Desenlaces evaluados no permiten computar una medida del efecto resumida: i) Gastos totales de salud (MD -\$466, IC95% -\$699 a -\$132); ii) Gastos médicos (MD -\$289,11, IC95% -\$525,47 a -\$52,75); y iii) gastos de salud mental (MD -\$51,93, IC95% -\$121,63 a \$17,77). Todos exhiben una tendencia favorable a la consultoría de salud mental, gastos totales de salud y gastos médicos son significativos.

<sup>22</sup> Cinco estudios pre-especificaron desenlaces para este resultado, pero solo dos reportaron datos suficientes para computar medidas del efecto.

<sup>23</sup> N mediano plazo.

<sup>24</sup> N largo plazo.

<sup>25</sup> Desenlaces evaluados no permiten computar una medida del efecto resumida para mediano plazo: i) Prescripción de antidepresivos (OR 2,06, IC95% 1,21 a 3,51); y ii) Adherencia a fármacos (OR 2,32, IC95% 1,21 a 4,44). Ambos exhiben una tendencia favorable y significativa a la consultoría de salud mental.

<sup>26</sup> Desenlaces evaluados no permiten computar una medida del efecto resumida para largo plazo: i) Uso de esquema farmacológico (OR 2,06, IC95% 1,03 a 4,10); ii) Adherencia a fármacos (OR 2,56, IC95% 1,31 a 5,04); y iii) Monitoreo periódico de efectividad del esquema farmacológico (OR 1,77, IC95% 0,90 a 3,49). Todos exhiben una tendencia favorable y significativa a la consultoría de salud mental, con la excepción del monitoreo periódico de efectividad del esquema farmacológico.

### 3. Calidad de las pruebas

El hecho que los estudios incluidos hayan sido reportados como “ensayos clínicos aleatorios”, supone un estándar de calidad de la evidencia “Alto”. No obstante, tras evaluar el riesgo de sesgo para cada estudio, criterios como la generación de la secuencia aleatoria y el método de ocultamiento de la misma estaban ausentes o poco claros para la mayoría de los estudios, motivo por el que once estudios fueron re-catalogados como “ensayos controlados cuasi-aleatorios”, siguiendo las recomendaciones de la Colaboración Cochrane.<sup>[19]</sup>

Junto a lo anterior, hubo otros aspectos críticos en los que se detectó un alto riesgo de sesgo, tales como el cegamiento de los participantes y de personal del estudio, que pudieron volver la asignación altamente previsible para los sujetos de estudio. Complementariamente, los datos de desenlace incompletos y la ausencia de imputación de datos permite suponer una sobre-estimación del efecto de la consultoría de salud mental.<sup>[19]</sup> Por último, la notificación selectiva fue uno de los aspectos más problemáticos al momento de computar estimaciones meta-analíticas, introduciendo alta probabilidad de sesgo de informe. El análisis del sesgo de publicación no fue viable debido a la falta de datos.

Adicionalmente, hubo problemas significativos con la heterogeneidad de las estimaciones –incluso para estudios que trataron a una misma población con intervenciones muy similares–, y la calidad de la evidencia se vio severamente limitada por la imprecisión en las estimaciones, producto de *ns* pequeños.

La síntesis de todas estas dimensiones merma de forma importante la calidad del conjunto de pruebas, sobre todo para la principal comparación (consultoría de salud mental versus tratamiento usual en la APS), siendo la mayoría de los resultados calificados como de “Muy baja” calidad. Cabe destacar que el único estudio que comparó la consultoría de salud mental y los cuidados colaborativos no padeció de muchos de estos problemas, evaluándose la calidad de pruebas aportadas por este estudio como “Moderada”, no obstante, es necesaria precaución al tratarse de un solo estudio.

### 4. Sesgos potenciales en el proceso de revisión

Se realizaron esfuerzos importantes para asegurar la extensión del proceso de revisión y su calidad. Se buscó en múltiples bases de datos y se recurrió al listado de referencias de los estudios incluidos. El proceso de selección y evaluación de la evidencia fue realizado en duplicado y en forma independiente. Sin embargo, la diversidad conceptual empleada en los reportes de estudios, producto de una diversidad de modelos de consultoría de salud mental en la APS,<sup>[16]</sup> pudo haber resultado en la exclusión de algún estudio relevante durante el proceso de búsqueda.

Por otra parte, esta revisión sistemática y meta-análisis comprometió y se limitó a la revisión de toda la evidencia publicada. Es sabido que una de las formas de evaluar el sesgo de publicación es la búsqueda de literatura gris y registros de ensayos clínicos, además de

contacto con autores/autoridades para la identificación de otras fuentes,<sup>[19]</sup> la utilización de estos recursos hubiera excedido por largo el tiempo y recursos disponibles para la presente investigación. No obstante, en el proceso de revisión se reconoció que es muy factible la existencia de sesgo de publicación.

Finalmente, uno de los aspectos más problemáticos tiene que ver con la calidad de la información que se dispone en los reportes. En muchos casos, estudios que pre-especificaban ciertos desenlaces, con posterioridad no referían resultados al respecto o bien lo hacían en forma narrativa sin aportar estadísticos. Más aún, muchas de las estimaciones del efecto se presentaron en forma cruda, pero no ajustada, debiendo ser ingresadas de tal manera a meta-análisis. Esto puede imponer serias dificultades para computar una estimación “real” del efecto, aun cuando es esperable que la aleatorización permita controlar potenciales factores de confusión.<sup>[19]</sup>

## 5. Acuerdos y desacuerdos con otros estudios o revisiones

Previo a la realización de esta revisión sistemática y meta-análisis, se han llevado a cabo otros esfuerzos recientes por sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad de la consultoría de salud mental en la APS, tales como Cape (2010),<sup>[17]</sup> Gillies (2015),<sup>[73]</sup> Hoedeman (2010),<sup>[74]</sup> y Van der Feltz-Cornelis (2010).<sup>[16]</sup> La revisión sistemática presentada en este informe se destaca por incluir la mayor cantidad de estudios (n = 12) entre las referidas. No obstante, la necesidad de mayor investigación al respecto es patente al notar la cantidad de estudios incluidos en una reciente meta-regresión sobre la efectividad de cuidados colaborativos, que incorporó a 37 estudios realizados en la APS.<sup>[75]</sup>

En general, los estudios mencionados permiten arribar a las mismas conclusiones que esta revisión sistemática. Cape (2010),<sup>[17]</sup> incluyó 5 estudios para evaluar la efectividad de la consultoría de salud mental en el manejo de la depresión en APS, concluyendo que no es posible suponer la superioridad de la intervención sobre el tratamiento usual en la APS para la reducción de síntomas depresivos; y Gillies (2015),<sup>[73]</sup> tras analizar 9 estudios, reporta que la intervención mejoraría la satisfacción y adherencia con el tratamiento, además de promover la adecuación del tratamiento prescrito en trastornos mentales comunes (particularmente depresión).

Por otra parte, Hoedeman (2010) (n = 6),<sup>[74]</sup> señala las mismas particularidades sobre la efectividad de la consultoría de salud mental, en pacientes de APS con trastornos de somatización mejora el funcionamiento físico y reduce los gastos de salud, en comparación al tratamiento usual en la APS. A idénticas conclusiones llega Van der Feltz-Cornelis (2010) (n = 10),<sup>[16]</sup> que explora la efectividad de distintos modelos de consultoría de salud mental, con cinco estudios que la presente revisión consideró como tal, reportando además una mayor adherencia al tratamiento en pacientes deprimidos que son sometidos a la intervención.

Sin embargo, el estudio de Gillies (2015),<sup>[73]</sup> presenta una importante discordancia, al indicar que la consultoría de salud mental mejoraría la sintomatología depresiva en el corto

plazo, en comparación al tratamiento usual en la APS. Cabe mencionar que para el cómputo de dicho desenlace, el autor consideró dos estudios no incluidos en la presente revisión sistemática –que fueron evaluados como cuidados colaborativos y, por lo tanto, excluidos-. Tales diferencias destacan las dificultades en el logro de una definición consensuada sobre modelos de trabajo entre la APS y especialistas en salud mental,<sup>[16]</sup> problemas que también son mencionados por el autor de dicha revisión.<sup>[73]</sup>

Finalmente, Gillies (2015),<sup>[73]</sup> menciona que los cuidados colaborativos parecen ser superiores a la consultoría de salud mental en la reducción de los síntomas de psicopatología y la discapacidad, y mejora la provisión del tratamiento, expresando una concordancia adicional con la presente revisión. En este sentido, se ha probado consistentemente que los cuidados colaborativos son una alternativa efectiva para el manejo de los trastornos de salud mental en la APS,<sup>[75-76]</sup> aunque requieren de un grado mayor de coordinación entre los equipos, un importante rediseño en la provisión de la atención, y la presencia de liderazgos fuertes y dispuestos en los servicios de salud.<sup>[76-77]</sup>

## Sección V: Conclusión

---

### 1. Implicancias para la práctica

Esta revisión sistemática y meta-análisis encontró que el modelo de consultoría de salud mental logró resultados particularmente favorables en pacientes con trastornos de somatización, implicando una mejoría sustancial del estado de salud física y menos gastos de salud en el largo plazo. De acuerdo a la evidencia aportada por un solo estudio, los cuidados colaborativos resultan más efectivos que la consultoría de salud mental en el manejo de la depresión en APS.

No obstante, la calidad de la evidencia resultó ser baja o muy baja para todos los desenlaces reportados, por lo que existen serias dudas respecto del verdadero efecto de la intervención, y no se descarta que se haya incurrido en una sobreestimación del efecto de la consultoría de salud mental. Complementariamente, son muy pocos los estudios efectuados en poblaciones infanto-juveniles o de adultos mayores, o en grupos de pacientes con trastornos mentales severos. Estos datos merecen cautela al momento de juzgar la aplicabilidad de la evidencia.

Más allá de las importantes limitaciones del conjunto de pruebas, se destaca que uno de los indicadores de efectividad comunes a todos los estudios es la evaluación periódica del estado de salud, medido a través de escalas de reporte como el SF-36. Esta puede ser fácilmente implementada en la práctica para juzgar la efectividad de la consultoría de salud mental.

### 2. Implicancias para la investigación

Las importantes limitaciones de la evidencia, previamente mencionadas, relevan la necesidad de fomentar la realización de ensayos clínicos de calidad para evaluar la efectividad de la consultoría de salud mental, no tan solo frente al tratamiento habitual, sino también frente a otras intervenciones que actúan en la interface APS-servicios especializados de salud mental, tales como el acople o los cuidados colaborativos.

Es de esperar que el estado de desarrollo actual de protocolos para la realización de ensayos clínicos permita mejorar la implementación y el reporte de estos estudios, disminuyendo la notificación selectiva de desenlaces. Complementariamente, futuros estudios en esta línea de investigación debiesen prestar especial atención a la generación y ocultamiento de la secuencia aleatoria, al cegamiento de participantes y a métodos de imputación adecuada cuando las pérdidas al seguimiento son importantes.

Los estudios presentados fueron realizados en países desarrollados, por lo que se desconoce la efectividad de la consultoría de salud mental en países con otros grados de desarrollo económico o en grupos poblacionales sujetos a vulnerabilidad importante. En la misma línea, los resultados de la consultoría de salud mental en poblaciones infanto-

juveniles o de adultos mayores, y en personas con trastornos mentales severos, provienen de estudios individuales, siendo relevante mayor investigación que permita sostener una apertura de la oferta de servicios de salud mental basados en la evidencia.

Finalmente, llama la atención la escasa información reportada en los estudios incluidos sobre las características de los proveedores, por ejemplo, años de práctica, si han recibido capacitaciones en salud mental, grado de interés o motivación en la aplicación de intervenciones para tratar a pacientes con problemas de salud mental, entre otras. Evidentemente, este es un conjunto de variables que puede tener un impacto relevante, sobre todo al probar la aplicabilidad de nuevas intervenciones.<sup>[79]</sup>

## Referencias

---

1. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, et al. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One* 2015; 10(2):e0116820.
2. Ministerio de Salud de Chile. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. MINSAL; 2008.
3. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18(4/5).
4. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. MINSAL; 2012.
5. Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile. *Int J Ment Health*. 2012;41(1):21–37.
6. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, et al. Use of Mental Health Services in Chile. *Psych*
7. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, et al. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Med Chile* 2007; 135(12): 1591-1599.
8. Ministerio de Salud (Chile), World Health Organization, Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe. Santiago: Ministerio de Salud (Chile), World Health Organization, Organización Panamericana de la Salud; 2014. 122 p.
9. Alvarado R, Rojas G. El Programa Nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en Atención Primaria: una evaluación necesaria. *Rev Med Chile* 2011; 139(5): 592-599.
10. Vöhringer PA, Jimenez MI, Igor MA, et al. Detecting Mood Disorder in Resource-Limited Primary Care Settings: Comparison of a self-administered screening tool to general practitioner assessment. *J Med Screen*. 2013;20(3):118–24.
11. Alvarado R, Valencia E, Madariaga C, et al. Vía hacia la atención de personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile. *Rev Gac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2015; 72(4): 220-226.
12. Araya R, Rojas G, Fritsh R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-1000.
13. Rojas G, Castro A, Guajardo V, et al. Programa colaborativo a distancia para el tratamiento de la enfermedad depresiva. *Rev Med Chile* 2014; 142(9): 1142-49.
14. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, et al. 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: 790-804.
15. Miller CJ, Grogan-Kaylor A, Perron BE, et al. Collaborative Chronic Care Models for Mental Health Conditions: Cumulative Meta-Analysis and Meta-Regression to Guide Future Research and Implementation. *Med Care* 2013; 51(10): 922-930.

16. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, et al. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res* 2010; 68(6): 521-33.
17. 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: 246-54.
18. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet* 2012; 20(4): 440-7.
19. Higgin JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. The Cochrane Collaboration, 2011. [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
20. Shamseer L, Moher D, Clarke M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ* 2015; 349:g7647.
21. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009; 6(7): e1000097.
22. World Health Organization. *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9): Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification*. Geneva: World Health Organization; 1978.
23. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
27. Derogatis LR, Lipman Rs, Covi L. The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9:13-28.
28. Zimmerman M, Mattia JI. The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: development, reliability and validity. *Compr Psychiatry* 2001; 42(3): 175-89.
29. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, et al. Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1873-1875.
30. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
31. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812.

32. 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: 63-70.
33. Dym B, Berman S. The primary health care team: family physician, and family therapist in joint practice. *Fam Sys Med* 1986; 4: 9-21.
34. 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.
35. Katon W, Gonzales J. A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics* 1994; 35: 268-79.
36. Medway F, Updyke J. Meta-analysis of consultation outcome studies. *Am J Community Psychol* 1985; 13: 489-505.
37. Mitchell A. Psychiatrists in primary health care settings. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 371-9.
38. Ministerio de Salud de Chile. Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones. MINSAL; 2015.
39. Velentgas P, Dreyer NA, Nourjah P, et al. Developing a Protocol for Observational Comparative Effectiveness Research: A User's Guide. AHRQ Publication No. 12(13)-EHC099. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2013. [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/Methods-OCER.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/Methods-OCER.cfm)
40. Ryan R, Hill S, Broclain D, et al. Cochrane Consumers and Communication Review Group. Study Design Guide. June 2013. <http://cccr.org/author-resources> (Accessed 07/29/16).
41. Trivedi MH, Kleiber B, Greer TL. Remission and recovery in depression treatment. *Drug Develop Res* 2005; 65: 335-343.
42. Huedo-Medina TB, Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F, et al. Assessing heterogeneity in meta-analysis: Q statistic or I<sup>2</sup> index? *Psychol Methods* 2006; 11(2): 193-206.
43. Berkey CS, Hoaglin DC, Mosteller F, et al. A random-effects regression model for meta-analysis. *Stat Med* 1995; 14:395-411.
44. McGough JJ, Faraone S. Estimating the Size of Treatment Effects. *Psychiatry (Edmont)* 2009; 6(10): 21-29.
45. Egger M, Smith GD, Schneider M, et al. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997; 315: 629-34.
46. Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(3):199-209.
47. Avny O, Nahum KC, Michnick T, et al. Psychiatric collaboration models in Israel. *IMAJ* 2016;18(2):71-5.
48. Ayalon L, Areán P, Linkins K, et al. Integration of mental health services into primary care overcomes ethnic disparities in access to mental health services between black and white elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(10):906-12.
49. Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (3):Cd000532.

50. 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.
51. Burian R, Lehmann D, Barrett B, et al. Cooperation between C/L psychiatrists in a general hospital and general practitioners in private practice. *J Psychosom Res* 2010; 68(6):612-3.
52. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, et al. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42(8):839-46.
53. Carr VJ, Lewin TJ, Reid ALA, et al. An evaluation of the effectiveness of a consultation-liaison psychiatry service in general practice. *Aus N Z J Psychiatry* 1997; 31: 714-25.
54. Chen H, Coakley EH, Cheal K, et al. Satisfaction with mental health services in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(4):371-9.
55. Cruppé W, Hennch C, Buchholz C, et al. Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27(1):63-72.
56. Dobscha SK, Corson K, Hickman DH, et al. Depression decision support in primary care. *Ann Intern Med* 2006; 145: 477-487.
57. Fortney JC, Pyne JM, Turner EE, et al. Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings. *Int Rev Psychiatry* 2015; 27(6):525-39.
58. 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.
59. Gater R, Goldberg D, Jackson G, et al. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. *Psychol Med* 1997; 27(6): 1325-36.
60. Gisbert P. A critical analysis of the existing literature on pediatric physicians' referral and consultation-liaison practices with mental health services: moving toward structural change in pediatric and psychology collaboration [Dissertation]. [CA (USA)]: Palo Alto University; 2011.
61. Goering P. Collaborative care speeds recovery from depression. *Evid Based Ment Health* 2003;6(4):116.
62. Harvey ST, Fisher LJ, Green VM. Evaluating the clinical efficacy of a primary care-focused, nurse-led, consultation liaison model for perinatal mental health. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21(1):75-81.
63. Hilty DM, Yellowlees PM, Cobb HC, et al. Models of telepsychiatric consultation-liaison service to rural primary care. *Psychosomatics* 2006;47(2):152-7.
64. Katon W, Gonzales J. A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics*. 1994;35(3):268-78.
65. Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, et al. Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care: A critical review of the literature. *Psychosomatics* 2000;41(1):39-52.
66. Leentjens AFG, Boenink AD, Sno HN, et al. The guideline 'Consultation psychiatry' of the Netherlands Psychiatric Association. *J Psychosom Res* 2009;66(6):531-5.

67. Malhotra S, Chakrabarti S, Shah R. Telepsychiatry: Promise, potential, and challenges. *Indian J Psychiatry* 2013;55(1):3-11.
68. Perez J, Jin H, Russo DA, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of tailored intensive liaison between primary and secondary care to identify individuals at risk of a first psychotic illness (the LEGs study): A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2015;2(11):984-93.
69. Schrader G, Cheok F, Hordacre A-L, et al. Effect of psychiatry liaison with general practitioners on depression severity in recently hospitalized cardiac patients: a randomised controlled trial. *MJA* 2005; 182: 272-6.
70. Sellors J, Kaczorowski J, Sellors C, et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ* 2003;169(1):17-22.
71. Vimalananda VG, Gupte G, Seraj SM, et al. Electronic consultations (e-consults) to improve access to specialty care: A systematic review and narrative synthesis. *J Telemed Telecare* 2015;21(6):323-30.
72. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of parallel-group randomized trials. *Lancet* 2001; 357(9263): 1191-4.
73. Gillies D, Buykx P, Parker AG, et al. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 9: CD007193.
74. Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 12: CD006524.
75. Miller CJ, Grogan-Kaylor A, Perron BE, Kilbourne AM, Woltmann E, Bauer MS. Collaborative Chronic Care Models for Mental Health Conditions: Cumulative Meta-Analysis and Meta-Regression to Guide Future Research and Implementation. *Med Care* 2013; 51(10): 922-930.
76. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, et al. 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: 790-804.
77. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288(14): 1775-1779.
78. Holm AL, Severinsson E. Chronic care model for the management of depression: Synthesis of barriers to, and facilitators of, success. *Int J Ment Health Nurs*. 2012;21(6):513–23
79. Shirazi M, Lonka K, Parikh SV, et al. A tailored educational intervention improves doctor's performance in managing depression: a randomized controlled trial. *K Eval Clin Pract* 2013; 19(1):16-24.

## Sección VI: Anexos

### 1. Lista de comprobación PRISMA[21]

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	1
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	6
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	8
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	9
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	2
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	10-12
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	12-13
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	60-65

Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	13-14
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	14
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	14-15
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	15-16
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	17
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., $I^2$ ) for each meta-analysis.	16-17
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	17
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	17
<b>RESULTS</b>			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	18-19
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	19-27
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	27-29
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple	30-37

		summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	31-32, 81-84
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	37
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	37-42
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	43-49
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	43-49
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	50-51
<b>FUNDING</b>			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	2

NOTA. p/d, por determinar.

## 2. Estrategias de búsqueda

### **Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) y Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)\***

1. [mh "Mental Disorders"] OR ("Psychiatric Diagnosis":ti,ab) OR ("Behavior Disorder\*":ti,ab) OR [mh "Mental Health"] OR ("Psychiatric Illness":ti,ab) OR [mh Depression] OR ("Drug Abuse":ti,ab) OR ("Drug Dependence":ti,ab)
2. [mh "Referral and Consultation"] OR (Consultation:ti,ab) OR ("Consultation-Liaison":ti,ab) OR ("Psychiatric Consultation":ti,ab) OR ("Psychiatric Liaison Service":ti,ab) OR ("Mental Health Consultancy":ti,ab) OR ("Mental Health Liaison":ti,ab)
3. [mh "Primary Health Care"] OR ("Primary Care":ti,ab) OR ("Primary Healthcare":ti,ab) OR [mh "Community Health Services"] OR ("Community Healthcare":ti,ab)
4. [mh "Clinical Protocol"] OR ("Study Protocol":ti)
5. [mh "Qualitative Research"] OR [mh "Focus Groups"] OR (Ethnograph\*:ti,ab) OR ("Key Informant":ti,ab)
6. ("Semi-Structured":ti,ab) OR (Semistructured:ti,ab) OR (Unstructured:ti,ab) OR (Informal:ti,ab) OR ("In-Depth":ti,ab) OR ("Face-to-Face":ti,ab) OR (Structured:ti,ab) OR (Guide:ti,ab)
7. (Interview\*:ti,ab) OR (Discussion\*:ti,ab)
8. #1 AND #2 AND #3
9. #6 AND #7
10. #4 OR #5 OR #9
11. #8 NOT #10

*\*Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) y Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) son fuentes de información que concentran estudios con diseños específicos (RCTs, CCTs, y SRMAs), por lo tanto, la línea de búsqueda referente a tipo de estudios no se incluye.*

### **Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)**

1. ((MH "Behavioral and Mental Disorders+") OR (TI Psychiatric Diagnosis) OR (AB Psychiatric Diagnosis) OR (MH "Mental Health") OR (TI Psychiatric Illness\*) OR (AB Psychiatric Illness\*) OR (TI depressive disorder) OR (AB depressive disorder) OR (TI drug abuse) OR (AB drug abuse) OR (TI drug dependence) OR (AB drug dependence))
2. ((MH "Referral and Consultation+") OR (TI Consultation) OR (AB Consultation) OR (TI Consultation Liaison) OR (AB Consultation Liaison) OR (TI Psychiatric Consultation) OR (AB Psychiatric Consultation) OR (TI Psychiatric Liaison Service) OR (AB Psychiatric Liaison Service) OR (TI Mental Health Consultancy) OR (AB Mental Health Consultancy) OR (TI Mental Health Liaison) OR (AB Mental Health Liaison))

3. ((MH "Experimental Studies+") OR (MH "Random Assignment") OR (MH "Placebos") OR (MH "Control Group") OR (MH "Meta Analysis") OR (MH "Systematic Review") OR (TI Time Series Analysis) OR (AB Time Series Analysis) OR (TI Time Trend) OR (AB Time Trend) OR (TI Trend Analysis) OR (AB Trend Analysis) OR (TI Before After Stud\*) OR (AB Before After Stud\*) OR (TI Pretest Posttest) OR (AB Pretest Posttest) OR (TI Pre Test Post Test) OR (AB Pre Test Post Test) OR (TI Pre/Post Test) OR (AB Pre/Post Test) OR (MH "Quasi-Experimental Studies+"))
4. ((MH "Primary Health Care") OR (TI Primary Care) OR (AB Primary Care) OR (TI Primary Healthcare) OR (AB Primary Healthcare) OR (MH "Community Health Services+") OR (TI Community Care) OR (AB Community Care))
5. ((MH "Research Protocols") OR (TI Clinical Protocol) OR (AB Clinical Protocol) OR (TI Study Protocol) OR (AB Study Protocol))
6. ((MH "Qualitative Studies+") OR (MH "Focus Groups") OR (TI Key Informant) OR (AB Key Informant))
7. ((TI Semi Structured) OR (AB Semi Structured) OR (TI Semistructured) OR (AB Semistructured) OR (TI Unstructured) OR (AB Unstructured) OR (TI Informal) OR (AB Informal) OR (TI In-Depth) OR (AB In-Depth) OR (TI Face-to-Face) OR (AB Face-to-Face) OR (TI Structured) OR (AB Structured) OR (TI Guide) OR (AB Guide))
8. ((MH "Interviews+") OR (TI Discussion) OR (AB Discussion))
9. S1 AND S2 AND S3 AND S4
10. S7 AND S8
11. S5 OR S6 OR S10
12. S9 NOT S11
13. Limiters – Has Abstract
14. ((LA English) OR (LA Spanish))
15. S12 AND S13 AND S14

#### **Excerpta Medica dataBASE (EMBASE)**

1. ('mental disease'/exp OR 'psychiatric diagnosis'/exp OR 'mental health'/exp OR 'psychiatric illness\*':ab,ti OR 'depressive disorder\*':ab,ti OR 'psychotic disorder\*':ab,ti OR 'drug abuse'/exp)
2. ('patient referral'/exp OR 'consultation'/exp OR 'referral and consultation':ab,ti OR 'consultation-liaison':ab,ti OR 'liaison psychiatry'/exp OR 'psychiatric consultation':ab,ti OR 'psychiatric liaison service':ab,ti OR 'mental health consultancy':ab,ti OR 'mental health liaison':ab,ti)
3. ('clinical trial'/exp OR 'clinical trial (topic)'/exp OR 'intervention study'/exp OR 'randomization'/exp OR 'placebo'/exp OR 'control group'/exp OR 'meta analysis'/exp OR 'meta analysis (topic)'/exp OR 'systematic review'/exp OR 'systematic review

- (topic)/exp OR 'quasi random\*':ab,ti OR 'time series analysis'/exp OR 'time trend':ab,ti OR 'trend analysis':ab,ti OR 'interrupted time series':ab,ti OR 'pretest posttest control group design'/exp OR 'pretest posttest design'/exp OR 'controlled before and after stud\*':ab,ti OR 'controlled before-after stud\*':ab,ti OR 'before after stud\*':ab,ti OR 'pretest posttest':ab,ti OR 'pre test post test':ab,ti OR 'pre/post test':ab,ti OR 'quasi experimental study'/exp)
4. ('primary health care'/exp OR 'primary care':ab,ti OR 'primary healthcare':ab,ti OR 'community care'/exp OR 'community health services':ab,ti OR 'community healthcare':ab,ti)
  5. ('clinical protocol'/exp OR 'study protocol':ti)
  6. ('qualitative research'/exp OR 'focus group\*':ab,ti OR 'ethnograph\*':ab,ti OR 'key informant':ab,ti)
  7. ('semi structured':ab,ti OR 'semistructured':ab,ti OR 'unstructured':ab,ti OR 'informal':ab,ti OR 'in-depth':ab,ti OR 'face-to-face':ab,ti OR 'structured':ab,ti OR 'guide':an,ti)
  8. ('interview\*':ab,ti OR 'discussion\*':ab,ti)
  9. #1 AND #2 AND #3 AND #4
  10. #7 AND #8
  11. #5 OR #6 OR #10
  12. #9 NOT #11
  13. ([abstracts]/lim)
  14. ([english]/lim OR [spanish]/lim)
  15. #12 AND #13 AND #14

### PubMed

1. (Mental Disorders[Mesh] OR Psychiatric Diagnosis[Title/Abstract] OR Behavior Disorder\*[Title/Abstract] OR Mental Health[Mesh] OR Psychiatric Illness[Title/Abstract] OR Depression[Mesh] OR Drug Abuse[Title/Abstract] OR Drug Dependence[Title/Abstract])
2. (Referral and Consultation[Mesh] OR Consultation[Title/Abstract] OR Consultation-Liaison[Title/Abstract] OR Psychiatric Consultation[Title/Abstract] OR Psychiatric Liaison Service[Title/Abstract] OR Mental Health Consultancy[Title/Abstract] OR Mental Health Liaison[Title/Abstract])
3. (Clinical Trial[Publication Type] OR Clinical Trials as Topic[Mesh] OR Random Allocation[Mesh] OR Placebos[Mesh] OR Control Groups[Mesh] OR Meta-Analysis[Publication Type] OR Systematic Review[Title/Abstract] OR Quasi-Random\*[Title/Abstract] OR Interrupted Time Series Analysis[Mesh] OR Time Series[Title/Abstract] OR Time Trend[Title/Abstract] OR Trend Analysis[Title/Abstract])

- OR Controlled Before-After Studies[Mesh] OR Before After Study[Title/Abstract] OR pretest posttest[Title/Abstract] OR pre test post test[Title/Abstract] OR pre/post-test[Title/Abstract] OR Quasi-experiment\*[Title/Abstract])
4. (Primary Health Care[Mesh] OR Primary Care[Title/Abstract] OR Primary Healthcare[Title/Abstract] OR Community Health Services[Mesh] OR Community Healthcare[Title/Abstract])
  5. (Clinical Protocol[Mesh] OR Study Protocol[Title])
  6. (Qualitative Research[Mesh] OR Focus Groups[Mesh] OR Ethnograph\*[Title/Abstract] OR Key Informant[Title/Abstract])
  7. (Semi-Structured[Title/Abstract] OR Semistructured[Title/Abstract] OR Unstructured[Title/Abstract] OR Informal[Title/Abstract] OR In-Depth[Title/Abstract] OR Face-to-Face[Title/Abstract] OR Structured[Title/Abstract] OR Guide[Title/Abstract])
  8. (Interview\*[Title/Abstract] OR Discussion\*[Title/Abstract])
  9. #1 AND #2 AND #3 AND #4
  10. #7 AND #8
  11. #5 OR #6 OR #10
  12. #9 NOT #11
  13. (hasabstract[text])
  14. (English[lang] OR Spanish[lang])
  15. #12 AND #13 AND #14

### **PsycINFO**

1. It={Mental Disorders} OR ti="psychiatric diagnosis" OR ab="psychiatric diagnosis" OR it={Behavior Disorder} OR it={Mental Health} OR ti="psychiatric illness" OR ab="psychiatric illness" OR it={Depression (Emotion)} OR ti="psychotic disorder\*" OR ab="psychotic disorder\*"
2. It={Professional Consultation} OR it={Consultation Liaison Psychiatry} OR ti=consultation OR ab=consultation OR ti="consultation-liaison" OR ab="consultation-liaison" OR ti="psychiatric consultation" OR ab="psychiatric consultation" OR ti="psychiatric liaison service" OR ab="psychiatric liaison service" OR ti="mental health consultancy" OR ab="mental health consultancy" OR ti="mental health liaison" OR ab="mental health liaison"
3. It={Clinical Trials} OR ti=random\* OR ab=random\* OR it={Placebo} OR it={Experiment Controls} OR it={Meta Analysis} OR it={Literature Review} OR ti="systematic review" OR ab="systematic review" OR ti="quasi-random\*" OR ab="quasi-random\*" OR it={Repeated Measures} OR ti="interrupted time series" OR ab="interrupted time series" OR ti="time series" OR ab="time series" OR ti="time trend" OR ab="time trend"

- OR ti="trend analysis" OR ab="trend analysis" OR it={Pretesting} OR it={Posttesting} OR ti="controlled before-after" OR ab="controlled before-after" OR ti="before after" OR ab="before after" OR ti="pretest posttest" OR ab="pretest posttest" OR ti="pre test post test" OR ab="pre test post test" OR ti="pre/post-test" OR ab="pre/post-test" OR it={Between Group Design} OR it={Quasi Experimental Methods}
4. It={Primary Health Care} OR ti="primary care" OR ab="primary care" OR ti="primary healthcare" OR ab="primary healthcare" OR it={Community Health} OR it={Community Services} OR it={Community Facilities}
  5. Ti="clinical protocol" OR ti="study protocol"
  6. It={Qualitative Research} OR ti="focus group\*" OR ab="focus group\*" OR it={Ethnography} OR ti="key informant" OR ab="key informant"
  7. Ti="semi-structured" OR ab="semi-structured" OR ti=semistructured OR ab=semistructured OR ti=unstructured OR ab=unstructured OR ti=informal OR ab=informal OR ti="in-depth" OR ab="in-depth" OR ti="face-to-face" OR ab="face-to-face" OR ti=structured OR ab=structured OR ti=guide OR ab=guide
  8. It={Interviews} OR it={Group Discussion}
  9. 1 AND 2 AND 3 AND 4
  10. 7 AND 8
  11. 5 OR 6 OR 10
  12. 9 NOT 11
  13. Lang=English OR lang=Spanish
  14. 12 AND 13

### Scientific Electronic Library Online (SciELO) Citation Index

1. TS=("mental disorder\*") OR TS=("psychiatric diagnos\*") OR TS=(behavior\$ r NEAR/0 disorder\*) OR TS=("mental health") OR TS=("psychiatric ill\*") OR TS=(disorder\* NEAR/0 (anxi\* OR neurotic\* OR panic OR obsess\* OR phobi\* OR bipolar OR disruptive OR impulse OR conduct OR dissociative OR elimination OR feeding OR eating OR mood OR affective OR cyclothy\* OR dysthy\* OR depress\* OR neurocognit\* OR dementia OR neurodevelopment\* OR attention OR communication OR development\* OR attachment OR paraphilic OR personality OR psychotic OR somatoform OR dysmorphic OR conversion OR factitious OR substance OR alcohol\* OR cocaine OR marijuana OR tobacco OR trauma\* OR stress OR adjustment)) OR TS=(schizo\*) OR TS=("drug abuse") OR TS=("drug addiction") OR TS=("drug dependence") OR TS=("substance abuse") OR TS=(alcoholism)
2. TS=(referr\* NEAR/5 consult\*) OR TS=(gatekeep\* NEAR/5 health) OR TS=(consult\*) OR TS=(consult\* NEAR/5 liaison\*) OR TS=(psych\* NEAR/5 consult\*) OR TS=(liaison\* NEAR/5 service\*) OR TS=(mental NEAR/10 consult\*) OR TS=(mental NEAR/10 liaison\*)

3. TS=(intervention NEAR/0 stud\*) OR TS=(experiment\*) OR TS=("clinical trial\*") OR TS=("controlled trial") OR TS=(random\*) OR TS=(allocat\*) OR TS=(placebo\*) OR TS=("control group\*") OR TS=(metaanalysis) OR TS=("meta analysis") OR TS=(systematic NEAR/0 review\*) OR TS=(quasi NEAR/0 random\*) OR TS=("time series") OR TS=("time trend") OR TS=("trend analysis") OR TS=("before after") OR TS=("before and after") OR TS=("pretest posttest") OR TS=("pre test post test") OR TS=("pre post test") OR TS=(quasi NEAR/0 experiment\*)
4. TS=("primary health care") OR TS=("primary care") OR TS=("primary healthcare") OR TS=(primary NEAR/5 health) OR TS=(community NEAR/2 health\* NEAR/2 service\*) OR TS=(community NEAR/2 health\* NEAR/2 care)
5. TS=("clinical protocol") OR TI=("study protocol")
6. TS=(qualitative NEAR/2 (research\* OR method\* OR technique\* OR inquir\*)) OR TS=("focus group\*") OR TS=(hermeneutic\*) OR TS=(ethnograph\*) OR TS=("key informant\*")
7. TS=("semi structured") OR TS=(unstructured) OR TS=(informal) OR TS=("in depth") OR TS=("face to face") OR TS=(structured) OR TS=(guide)
8. TS=(interview\*) OR TS=(discussion\*)
9. #1 AND #2 AND #3 AND #4
10. #7 AND #8
11. #5 OR #6 OR #10
12. #9 NOT #11
13. #12 AND LANGUAGE:(English OR Spanish)

### 3. Reportes revisados a texto completo y excluidos

Reporte	Motivo de exclusión
Adler, 2004[46]	Manejo de casos, cuidados colaborativos.
Avny, 2016[47]	No es una revisión sistemática.
Ayalon, 2007[48]	No incluye consultoría, el manejo de los problemas de salud mental no es realizado en APS.
Bower, 2000[49]	No especifica comparadores, y tampoco menciona consultoría de salud mental.
Bower, 2002[50]	No es una revisión sistemática.
Burian, 2010[51]	Los pacientes no provienen de APS.
Callahan, 1994[52]	Intervención de tipo educacional, no es consultoría psiquiátrica.
Carr, 1997[53]	Estudio pre y post con grupo control, no es multicéntrico.
Chen, 2006[54]	No incluye consultoría, el manejo de los problemas de salud mental no es realizado en APS.
Cruppé, 2005[55]	Son pacientes que inicialmente se encuentran hospitalizados. Los médicos generales no actúan como consultantes, sino que son informados de resultados de una consultoría realizada por equipo de salud mental en el contexto de la hospitalización.
Dobscha, 2006[56]	Cuidados colaborativos en menor intensidad, manejo de casos por enfermera y evaluación por psiquiatra.
Fortney, 2015[57]	No es una revisión sistemática.
Gask, 1997[58]	No es una revisión sistemática.
Gater, 1997[59]	Cuidados colaborativos y servicio de referencia, el equipo especializado retiene la mayor responsabilidad sobre el cuidado de los pacientes.
Gisbert[X]	Revisión crítica de estudios colaborativos.
Goering, 2003[61]	Es un comentario a un ensayo clínico.
Harvey, 2012[62]	Estudio pre post, sin grupo control, se lleva a cabo en un solo centro. Cuidados colaborativos.
Hilty, 2006[63]	No es una revisión sistemática.
Katon, 1994[64]	No es una revisión sistemática.
Kroenke, 2000[65]	No es una revisión sistemática. Refiere a estudios colaborativos.

Leentjens, 2009[66]	Los procedimientos descritos y los resultados no son consistentes con una revisión sistemática.
Malhotra, 2013[67]	No es una revisión sistemática.
Perez, 2015[68]	Corresponde a una intervención educativa, que incorpora algunas nociones de cuidados colaborativos.
Schrader, 2005[69]	Pacientes cardiacos hospitalizados.
Sellors, 2003[70]	Corresponde a un estudio que no es en pacientes de APS con problemas de salud mental, o al menos, este no es el foco de intervención.
Vimalananda, 2015[71]	Corresponde a una revisión sistemática que no incluye la salud mental como campo de interés.

## 4. Tablas de Resumen de la Información

### Abreviaciones utilizadas

Alcohol Problem Questionnaire (APQ); Alcohólicos Anónimos (AA); Antidepresivos (AD); Atención Primaria de la Salud (APS); Brief Anxiety Scale (BAS); Client Service Receipt Inventory (CSRI); Clínica Especializada (CE); Composite International Diagnostic Interview (CIDI); Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS); Conners Rating Scale (CRS); Consultoría Psiquiátrica (CP); Cuidados Colaborativos (CC); Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); Ensayo clínico aleatorizado (RCT) ; Ensayo controlado cuasi-aleatorio (CCT); Equipo de Salud Mental Comunitaria (CMHT); Estudio pre/post con grupo control (CBA); General Health Questionnaire (GHQ); Geriatric Depression Scale 15-item (GDS15).; Global Assessment of Functioning Scale (GAF); Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA); Hamilton Rating Depression Scale (HAM-D); Hopkins Symptom Checklist (SCL); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Lista de espera (WL); Médico general o de atención primaria (MG); Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS); NIMH Diagnostic Interview Schedule (DIS); Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ); Rand Health Status Measure (RHSM); Revised Clinical Interview Schedule (CISR); Servicios de Salud Mental Comunitaria (CMHS); Servicios de salud mental especializados (SPC); Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ); Sheehan Disability Scale (SDS); Short-Form health status survey (SF); Social Functioning Questionnaire (SFQ); Terapia Cognitivo Conductual (CBT); Terapia de Resolución de Problemas (PST); Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD); Trastornos Mentales Comunes (CMD); Tratamiento Usual (TU); Verona Service Satisfaction Scale (VSSS).

**Smith, 1986<sup>[46]</sup>**

Métodos	CCT, 18 meses de seguimiento. TU versus CP.
Participantes	<i>Usuarios</i> (n=38): Pacientes con sospecha de trastorno de somatización derivados por MG a University of Arkansas College of Medicine, Arkansas, USA, en donde reciben diagnóstico clínico con criterios DSM-III por personal del estudio. 6 hombres solo en <i>Intervención</i> . <i>Equipo de Salud</i> : 35 MG en APS, y personal del estudio (psiquiatras e internistas). <i>Ámbito</i> : Ambulatorio, APS.
Intervenciones	<i>Intervención</i> : MG son provistos de una carta de CP detallada en la que se entrega información sobre enfermedad y recomendaciones de manejo (regularidad de visitas, examen clínico, evitar comentarios prejuiciosos y gastos médicos innecesarios). <i>Comparador</i> : WL por 9 meses, luego reciben intervención.
Desenlaces	<i>Centrados en el paciente</i> : Estado de salud funcional, que incluye salud física y mental, funcionamiento social y percepción general de salud (RHSM). Satisfacción usuaria (PSQ). Estos desenlaces fueron evaluados a los 9 meses de seguimiento. <i>Uso de servicios</i> : Gastos totales (en US\$) de consultas médicas ambulatorias y de emergencia, procedimientos de laboratorio, radiológicos y ambulatorios, servicios hospitalarios, médicos generales y de consultoría. Estos desenlaces fueron evaluados cada tres meses, retrospectivamente desde los 28 meses pre-aleatorización y prospectivamente hasta los 18 meses post-aleatorización.

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Alto	MG registrados secuencialmente, asignación según número de registro par o impar (cuasi-aleatorio).
Ocultación de la secuencia de asignación	Alto	A pesar de la asignación centralizada, el método de asignación pudiera resultar previsible.
Cegamiento de los participantes y de personal	Bajo	Proveedores no cegados, es poco probable que pacientes hayan previsto asignación debido a que interacción con proveedores es semejante entre los grupos.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Bajo	No hay datos de desenlaces incompletos.
Notificación selectiva	Alto	Más de un desenlace pre-especificado no es notificado o es descrito de forma incompleta en sección de resultados.

**Drummond, 1990<sup>[47]</sup>**

Métodos	CCT, 6 meses de seguimiento. SPC versus CP.
Participantes	<i>Usuarios</i> (n=40): Pacientes con sospecha de problemas de alcoholismo derivados por MG a Maudsley Hospital Alcohol Clinic, Londres, UK, en donde reciben diagnóstico clínico por personal del estudio. Hombres: 75% aprox. <i>Equipos de salud</i> : MG y especialistas (1 enfermera especialista y 3 psiquiatras). <i>Ámbito</i> : Ambulatorio.
Intervenciones	<i>Intervención</i> : Pacientes reciben asesoría y consejería intensiva por especialista, siendo devueltos a atención ambulatoria por MG, nexo entre especialista y MG sostenido a través de CP. <i>Comparador</i> : Pacientes en SPC reciben consejería intensiva y atención ambulatoria por especialista asignado, e internación hospitalaria de ser necesario.
Desenlaces	<i>Centrados en el paciente</i> : Síndrome de dependencia de alcohol (SADQ), consumo de alcohol y problemas relacionados (APQ), patología psiquiátrica (GHQ). <i>Uso de servicios</i> : atención y número de consultas en servicios de salud o AA. Todos los desenlaces fueron evaluados a los 6 meses.

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria de pacientes, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Bajo	Proveedores no cegados, es poco probable que pacientes hayan previsto asignación debido a que interacción con proveedores es semejante entre los grupos.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores no fueron cegados a la asignación, pero no estuvieron involucrados en proceso de atención y los desenlaces son medidas de auto-reporte.
Datos de desenlace incompletos	Alto	No se realiza imputación de datos, se analizan solo los casos con datos completos.
Notificación selectiva	Bajo	Publicación incluye todos los desenlaces pre-especificados.

**Katon, 1992<sup>[48]</sup>**

Métodos	CCT, 12 meses de seguimiento. TU versus CP.
Participantes	<p><i>Usuarios</i> (n=251): Pacientes con alta frecuencia de consulta y problemas psiquiátricos (según SCL-R o MG) en dos centros de APS, en Washington, USA. 18 a 75 años, ambos sexos. Se excluyen: embarazos, demencias, psicopatía, enfermedad terminal.</p> <p><i>Equipo de Salud</i>: 18 médicos familiares o internistas (MG) en APS, y 2 psiquiatras del estudio.</p> <p><i>Ámbito</i>: Ambulatorio, APS.</p>
Intervenciones	<p><i>Intervención</i>: Pacientes en grupo activo reciben entrevista diagnóstica clínica por psiquiatra, luego psiquiatra y MG entrevistan a paciente y acuerdan plan de tratamiento. MG es provisto de una carta de CP y protocolo de tratamiento. Psiquiatra sostiene una conferencia con cada MG para supervisar el manejo de cada paciente.</p> <p><i>Comparador</i>: TU, no especificado.</p>
Desenlaces	<p><i>Centrados en el paciente</i>: Ansiedad, depresión y somatización (SCL-R), discapacidad y estado de salud auto-reportado, evaluados a los 6 y 12 meses de seguimiento. Reporte de MG sobre enfermedad física y psiquiátrica, a los 6 meses post-aleatorización.</p> <p><i>Uso de servicios</i>: Uso de servicios ambulatorios y hospitalizaciones, prescripción de fármacos, exámenes radiológicos y de laboratorio, evaluados a los 6 y 12 meses pre y post aleatorización.</p>

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria estratificada por bloques, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Alto	Pacientes y personal del estudio no pudieron ser cegados. Interacción con proveedores es distinta entre los grupos, siendo previsible para los pacientes.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Poco claro	Datos de desenlace incompletos equilibrados entre los grupos, no se reportan razones de la pérdida, ni método de imputación.
Notificación selectiva	Alto	Más de un desenlace pre-especificado no es notificado o es descrito de forma incompleta en sección de resultados.

**Rost, 1994**<sup>[49-50]</sup>

Métodos	CCT, 12 meses de seguimiento. TU versus CP.
Participantes	<p><i>Usuarios (n=73):</i> Pacientes con sospecha de trastorno de somatización derivados por MG en Arkansas, USA, a personal del estudio que efectúa diagnóstico clínico con criterios DSM-III-R. Se excluyen: sujetos sin transporte a centro médico para evaluación inicial o con intención de cambiar de residencia durante el estudio.</p> <p><i>Equipo de Salud:</i> 59 MG en APS, y personal del estudio (psiquiatras e internistas).</p> <p><i>Ámbito:</i> Ambulatorio, APS.</p>
Intervenciones	<p><i>Intervención:</i> Se utilizó la misma intervención que el estudio de Smith, 1986.</p> <p><i>Comparador:</i> WL por 12 meses, luego reciben intervención.</p>
Desenlaces	<p><i>Centrados en el paciente:</i> Estado de salud funcional, que incluye salud física y mental, funcionamiento social y percepción general de salud (RHSM). Estos desenlaces fueron evaluados cada cuatro meses durante el período de seguimiento.</p> <p><i>Uso de servicios:</i> Gastos totales (en US\$) de servicios de salud (médicos y psiquiátricos de tipo ambulatorios, de urgencia y hospitalarios). Estos desenlaces fueron evaluados cada cuatro meses, retrospectivamente desde los 28 meses pre-aleatorización y prospectivamente hasta los 12 meses post-aleatorización.</p>

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria de MG, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Bajo	Proveedores no cegados, es poco probable que pacientes hayan previsto asignación debido a que interacción con proveedores es semejante entre los grupos.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Poco claro	Datos de desenlace incompletos equilibrados entre los grupos, no se reportan razones de la pérdida, ni método de imputación.
Notificación selectiva	Alto	No se reportan resultados para los momentos de la evaluación de un desenlace pre-especificado, se presenta como dato agrupado para el total del seguimiento.

**Smith, 1995<sup>[51]</sup>**

Métodos	CCT, 24 meses de seguimiento. TU versus CP.
Participantes	<p><i>Usuarios</i> (n=56): Pacientes con sospecha de trastorno de somatización sub-umbral derivados por MG en Arkansas, USA, a personal del estudio que efectúa diagnóstico clínico con criterios DSM-III-R. Se excluyen: sujetos sin transporte a centro médico para evaluación inicial, con intención de cambiar de residencia durante el estudio, o cuyo MG participó de estudios de Smith, 1986 o Rost, 1994.</p> <p><i>Equipo de Salud</i>: 51 MG en APS, y personal del estudio (psiquiatras e internistas).</p> <p><i>Ámbito</i>: Ambulatorio, APS.</p>
Intervenciones	<p><i>Intervención</i>: Se utilizó la misma intervención que el estudio de Smith, 1986 y Rost, 1994.</p> <p><i>Comparador</i>: WL por 12 meses, luego reciben intervención.</p>
Desenlaces	<p><i>Centrados en el paciente</i>: Estado de salud funcional, que incluye salud física y mental, funcionamiento social y percepción general de salud (RHSM). Días en cama. Estos desenlaces fueron evaluados cada cuatro meses durante el período de seguimiento.</p> <p><i>Uso de servicios</i>: Gastos totales (en US\$) de servicios médicos y psiquiátricos (ambulatorios, de urgencia y hospitalarios). Estos desenlaces fueron evaluados cada cuatro meses, retrospectivamente desde los 28 meses pre-aleatorización y prospectivamente hasta los 24 meses post-aleatorización.</p>

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria de MG, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Bajo	Proveedores no cegados, es poco probable que pacientes hayan previsto asignación debido a que interacción con proveedores es semejante entre los grupos.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Bajo	La estrategia analítica permitió analizar a todos los sujetos del estudio, ya que no hubo sujetos con datos perdidos para más de dos períodos de seguimiento.
Notificación selectiva	Alto	No se reportan resultados para los momentos de la evaluación de todos los desenlaces pre-especificados, se presentan como datos agrupados para el total del seguimiento.

**Arthur, 2002<sup>[52]</sup>**

Métodos	CCT, 18 meses de seguimiento. TU versus Consultoría CMHT.
Participantes	<i>Usuarios</i> (n=93): Pacientes de 75 años o más en control de salud de rutina efectuado por enfermera de centro APS en Leicestershire, UK, con puntaje GDS15 $\geq$ 5 (depresión menor). <i>Equipo de Salud</i> : Enfermeras y MG en APS, personal de CMHT. <i>Ámbito</i> : Ambulatorio.
Intervenciones	<i>Intervención</i> : Evaluación de salud mental por personal de CMHT, que incluye revisión de historia clínica, necesidades de medicación, y potencial impacto de posteriores intervenciones de CMHT. El informe de evaluación, con recomendaciones de manejo, es enviado a MG. <i>Comparador</i> : TU, enfermera informa a paciente y MG de resultado de control de salud de rutina.
Desenlaces	<i>Centrados en el paciente</i> : sintomatología depresiva (GDS15). <i>Uso de servicios</i> : Número de contactos cara a cara con MG o enfermera, prescripción de fármacos. Todos los desenlaces fueron evaluados en el siguiente control de salud de rutina (12 a 18 meses después).

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria de pacientes por bloques, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Bajo	Uso de sobres sellados, opacos y numerados secuencialmente.
Cegamiento de los participantes y de personal	Alto	Pacientes y MG no pudieron ser cegados. Interacción con proveedores es distinta entre los grupos, siendo previsible para los pacientes.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Alto	Se utiliza análisis por intención de tratar, pero hay datos de desenlace incompletos desequilibrados entre los grupos, con distintas razones de pérdida.
Notificación selectiva	Alto	Más de un desenlace pre-especificado no es notificado o es descrito de forma incompleta en sección de resultados.

**Berti Ceroni, 2002<sup>[53]</sup>**

Métodos	CCT, 12 meses de seguimiento. TU versus CP.
Participantes	<p><i>Usuarios</i> (n=92): Pacientes que asisten a consulta con MG en Bologna, Italia, siendo diagnosticados con depresión mayor, menor, o sub-umbral por personal de estudio (CIDI [criterios DSM-IV]). Se excluyen: mayores de 65 años, enfermedades físicas de riesgo vital, trastornos psicóticos, discapacidad intelectual, tratamiento actual con especialista de salud mental.</p> <p><i>Equipo de Salud</i>: 30 MG en APS, 2 psiquiatras (1 de CMHS y 1 experto en APS).</p> <p><i>Ámbito</i>: Ambulatorio, APS.</p>
Intervenciones	<p><i>Intervención</i>: Colaboración directa entre MG y psiquiatras para asistir el diagnóstico y tratamiento, a través de grupos pequeños de revisión de casos (2 horas) reunidos quincenalmente durante seis meses.</p> <p><i>Comparador</i>: TU, reciben información sobre la entrevista diagnóstica inicial efectuada a los pacientes.</p>
Desenlaces	<p><i>Clínica</i>: Cambio en el estatus diagnóstico (CIDI).</p> <p><i>Centrados en el paciente</i>: Sintomatología depresiva (HAMD) y ansiosa (HAMA), estado de salud (SF-36), patología psiquiátrica (GHQ-12), eventos vitales, dificultades mayores, y apoyo social.</p> <p><i>Uso de servicios</i>: Tipo de tratamiento provisto por MG.</p> <p>Todos los desenlaces fueron evaluados a los 12 meses de seguimiento, con la excepción de GHQ-12 aplicado a los 3 y 12 meses.</p>

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria de MG por bloques, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Poco claro	Pacientes y MG no pudieron ser cegados. Interacción entre los equipos de salud es distinta entre los grupos, siendo previsible solo para MG.
Cegamiento de los evaluadores	Poco claro	Evaluador es psiquiatra experto, no se reporta si es ciego.
Datos de desenlace incompletos	Alto	Datos de desenlace incompletos, sin especificar según grupos o razones de pérdida. No se realiza imputación de datos, se analizan solo los casos con datos completos.
Notificación selectiva	Alto	Se reportan desenlaces para el total de la muestra, no por grupos.

**Emmanuel, 2002<sup>[54]</sup>**

Métodos	CCT, 6 meses de seguimiento. CP Usual versus CP Mejorada.
Participantes	<i>Usuarios</i> (n=43): Pacientes de APS con problemas de salud mental (según MG) derivados a SPC en Londres, UK. Se excluyen: menores de 16 años, pacientes dados de alta de SPC. <i>Equipo de Salud</i> : Equipos de salud de 4 centros APS, y consultores de salud mental. <i>Ámbito</i> : Ambulatorio.
Intervenciones	<i>Intervención</i> : CP que mejora la comunicación entre consultor y APS, a través de rol activo de consultor: informa de cada contacto con paciente, retroalimenta e incentiva participación de APS en revisión de casos, discute posibilidad de ficha clínica compartida, efectúa CP en los centros APS. Consultores reciben cada dos meses carta recordando obligaciones con pacientes del estudio. <i>Comparador</i> : CP usual.
Desenlaces	<i>Clínica</i> : Sintomatología clínica y funcionamiento social (GAF). <i>Centrados en el paciente</i> : Psicopatología (CPRS), sintomatología depresiva (MADRS, HADS) y ansiosa (BAS, HADS), funcionamiento social (SFQ). Satisfacción usuaria (VSSS). <i>Uso de servicios</i> : Costos de uso de servicios (CSRI), que incluyen: hospitalización (admisión y alojamiento), consultas de urgencia y ambulatorias, contacto con equipos comunitarios, asistencia a servicios comunitarios de día. Todos los desenlaces fueron evaluados a los 6 meses de seguimiento.

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria restringida por clúster, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Bajo	Pacientes ciegos. Consultores no cegados, pudiendo hacer previsible asignación para equipos de APS, aunque es poco probable que esto haya influido en resultados.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Alto	Datos de desenlace incompletos no equilibrados, con razones de pérdida. No se realiza imputación de datos, se analizan solo los casos con datos completos.
Notificación selectiva	Bajo	Publicación incluye todos los desenlaces notificados.

**Dickinson, 2003<sup>[55]</sup>**

Métodos	CCT, 24 meses de seguimiento. TU versus CP.
Participantes	<i>Usuarios</i> (n=188): Consultantes en tres centros APS en Alabama, USA, diagnosticados con distintos tipos de trastornos de somatización mediante entrevista clínica (DIS, criterios DSM-III-R) efectuada por personal del estudio. <i>Equipo de Salud</i> : MG en APS, y personal del estudio (psiquiatras e internistas). <i>Ámbito</i> : Ambulatorio, APS.
Intervenciones	<i>Intervención</i> : Se utilizó la misma intervención que el estudio de Smith, 1986, Rost, 1994 y Smith, 1995. <i>Comparador</i> : WL por 12 meses, luego reciben intervención.
Desenlaces	<i>Centrados en el paciente</i> : Estado de salud funcional emocional y física (SF-36), evaluado a los 12 y 24 meses posterior a la aleatorización.

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria de MG, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Bajo	Proveedores no cegados, es poco probable que pacientes hayan previsto asignación debido a que interacción con proveedores es semejante entre los grupos.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Bajo	Datos de desenlace incompletos, sin especificar según grupos o razones de pérdida. Se realizan extensivos análisis para determinar estrategia más adecuada de imputación de datos.
Notificación selectiva	Alto	Desenlaces para estado de salud funcional emocional no reportados.

**Hedrick, 2003**<sup>[56-57]</sup>

Métodos	CCT, 9 meses de seguimiento. CP versus CC.
Participantes	<i>Usuarios</i> (n=354): Pacientes de un centro de APS en Seattle, USA, diagnosticados con trastorno depresivo mayor y/o distimia mediante entrevista clínica (criterios DSM-IV) efectuada por psicólogo del estudio. Se excluyen pacientes en tratamiento por problemas de salud mental. <i>Equipo de Salud</i> : 4 equipos de salud de APS (MG y enfermeras), equipo CP (residente de psiquiatría, psicólogo y/o trabajador social), equipo CC (psicólogo clínico, psiquiatra, trabajador social, y psicólogo de estudio). <i>Ámbito</i> : Ambulatorio, APS.
Intervenciones	Equipos de APS en <i>intervención</i> y <i>comparador</i> reciben educación sobre evaluación y manejo de la depresión, y son notificados del diagnóstico de los pacientes. <i>Intervención</i> : Disponibilidad de equipo CP según criterio APS. Equipo CP provee atención directa a pacientes APS durante visitas. Pacientes complejos son derivados a SPC. <i>Comparador</i> : Equipo CC realiza diagnóstico, plan de tratamiento y evaluaciones de progreso para cada paciente, recomendaciones de tratamiento son supervisadas y discutidas con APS. Se implementa tratamiento escalonado: AD, CBT, derivación a SPC. Pacientes son educados y monitoreados.
Desenlaces	<i>Centrados en el paciente</i> : Sintomatología depresiva (SCL-20), estado de salud funcional (SF-36), discapacidad funcional (SDS), y satisfacción usuaria. <i>Uso de servicios</i> : Gastos (en US\$) del tratamiento para la depresión (visitas a APS por depresión, visitas a SPC, prescripción AD, intervenciones de <i>comparador</i> [CC]), costos totales (ambulatorios y hospitalarios), y prescripción/adequación de AD. Desenlaces centrados en el paciente fueron evaluados a los 3 y 9 meses de seguimiento, uso de servicios fue registrado a los 9 meses, con excepción de prescripción/adequación AD que fue registrado durante 12 meses.

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria de equipos APS, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Alto	Pacientes y proveedores no pudieron ser cegados. Interacción con proveedores es distinta entre los grupos, siendo previsible para los pacientes.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Alto	Datos de desenlace incompletos equilibrados entre grupos, sin especificar razones de pérdida. No se realiza imputación de datos, se analizan solo los casos con datos completos.

Notificación selectiva	Bajo	Publicación incluye todos los desenlaces notificados.
------------------------	------	-------------------------------------------------------

**Epstein, 2007<sup>[58]</sup>**

Métodos	CCT, 12 meses de seguimiento. TU versus CP Colaborativa.
Participantes	<i>Usuarios</i> (n=146): Pacientes menores de edad (1° a 5° grado) que asisten a 12 consultorios pediátricos en USA, diagnosticados con ADHD según criterios DSM-IV (CRS versión para padres y profesores). Edad promedio de 7,8 años. <i>Equipo de Salud</i> : 52 pediatras en 12 consultorios pediátricos, y personal del estudio. <i>Ámbito</i> : Ambulatorio, APS.
Intervenciones	<i>Intervención</i> : Pediatras son educados en el manejo de un esquema farmacológico de incremento lento de la dosis inicial, en la aplicación de cuestionarios para monitorear progreso semanal y mensual, además de efectos secundarios. Personal del estudio interpreta datos de cuestionarios enviados por pediatras y retroalimenta con recomendaciones de manejo (CP). <i>Comparador</i> : TU sin acceso a CP.
Desenlaces	<i>Centrados en el paciente</i> : Sintomatología de ADHD (CRS versión para padres y profesores). <i>Uso de servicios</i> : Frecuencia del uso de esquema farmacológico de incremento lento de la dosis inicial, monitoreo sistemático de tratamiento farmacológico, y barreras para el uso del esquema. Desenlaces centrados en el paciente evaluados a los 3 y 12 meses de seguimiento, y desenlaces de uso de servicios evaluados a los 12 meses de seguimiento.

**Riesgo de sesgo**

Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Poco claro	Asignación aleatoria por clúster en bloques, método para generar la secuencia aleatoria no reportado.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Bajo	Proveedores no cegados, es poco probable que pacientes hayan previsto asignación debido a que interacción con proveedores es semejante entre los grupos.
Cegamiento de los evaluadores	Poco claro	No reportado.
Datos de desenlace incompletos	Bajo	Importante porcentaje de casos con al menos un dato de desenlace incompleto. Las pérdidas están equilibradas entre los grupos, pero no se especifican razones de pérdida. Se realiza imputación de datos adecuada, cuyos análisis preliminares hacen suponer que las pérdidas no están relacionadas al resultado verdadero.
Notificación selectiva	Alto	Desenlace principal es descrito de forma incompleta en sección de resultados.



**Liu, 2007<sup>[59]</sup>**

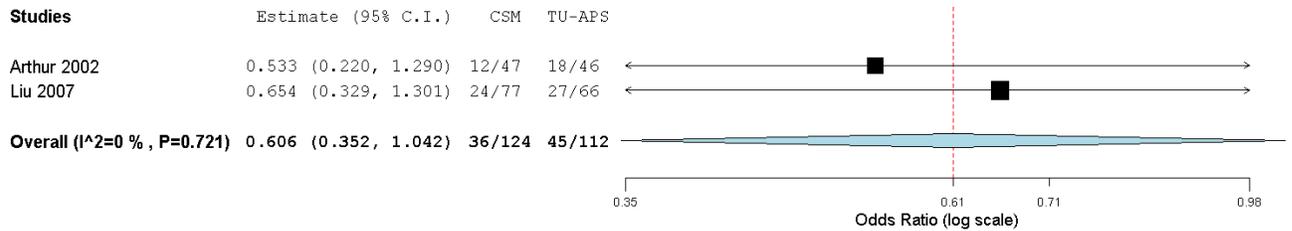
Métodos	RCT, 16 semanas de seguimiento. UT versus PST + UT versus CP + UT.
Participantes	<i>Usuarios</i> (n=254): Pacientes (18 a 70 años) que consultan a MG por CMD en un hospital general de Taipei, Taiwán. CMD es determinado por personal de estudio con puntaje en versión China de CISR $\geq$ 12 puntos. Se excluyen: síntomas o trastornos psicóticos, bipolaridad, dependencia de alcohol o sustancias, daño orgánico, alto riesgo suicida, o aquellos en tratamiento con psiquiatra. <i>Equipo de Salud</i> : MG en hospital general; terapeutas del PST: 4 psicólogos, trabajadores sociales (2) y enfermera (1) con especialización en psiquiatría; consultores de CP: 6 psiquiatras. <i>Ámbito</i> : Ambulatorio.
Intervenciones	Equipo de salud que implementa CP y PST reciben entrenamiento y supervisión durante el estudio. <i>Intervención</i> : CP + UT, psiquiatra asiste a MG en la evaluación, prescripción de fármacos y tratamiento de mantención hasta logro de remisión. Se envía un reporte a MG con recomendaciones de tratamiento. Visitas posteriores a psiquiatra quedan a discreción de MG. <i>Comparador 1</i> : PST + UT, a pacientes se les ofrece hasta seis sesiones de PST. Los pacientes son introducidos al modelo, y se promueve la colaboración activa entre paciente y terapeutas. <i>Comparador 2</i> : UT con visitas regulares a MG, la disponibilidad de profesionales de salud mental se encuentra a criterio de MG o paciente.
Desenlaces	<i>Clínica</i> : Remisión de CMD (versión China de CISR). <i>Centrados en el paciente</i> : Estado de salud funcional (SF-36), gravedad de síntomas depresivos (HAMD). Todos los desenlaces fueron evaluados a las 16 semanas de seguimiento.

**Riesgo de sesgo**

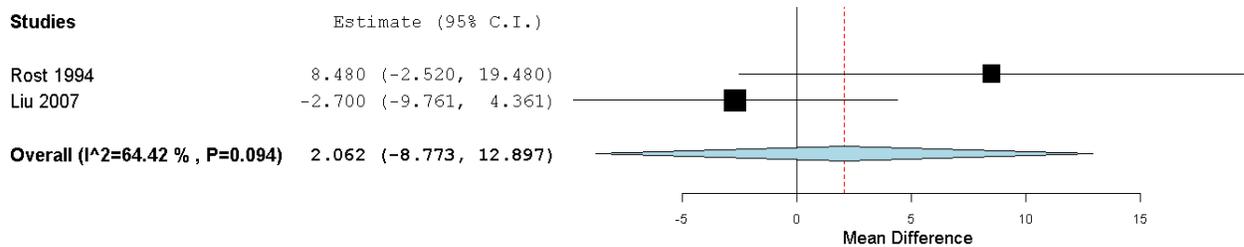
Sesgo	Evaluación	Comentario
Generación de la secuencia	Bajo	Asignación aleatoria de pacientes por bloques, con uso de números aleatorios generados por computadora.
Ocultación de la secuencia de asignación	Poco claro	No reportado.
Cegamiento de los participantes y de personal	Alto	Pacientes y proveedores no pudieron ser cegados. Interacción con proveedores es distinta entre los grupos, siendo previsible para los pacientes.
Cegamiento de los evaluadores	Bajo	Evaluadores ciegos a asignación de los grupos.
Datos de desenlace incompletos	Alto	Datos de desenlace incompletos no equilibrados entre los grupos, con razones de pérdida. No se realiza imputación de datos, se analizan solo los casos con datos completos.
Notificación selectiva	Bajo	Publicación incluye todos los desenlaces notificados.

## 5. Meta-análisis

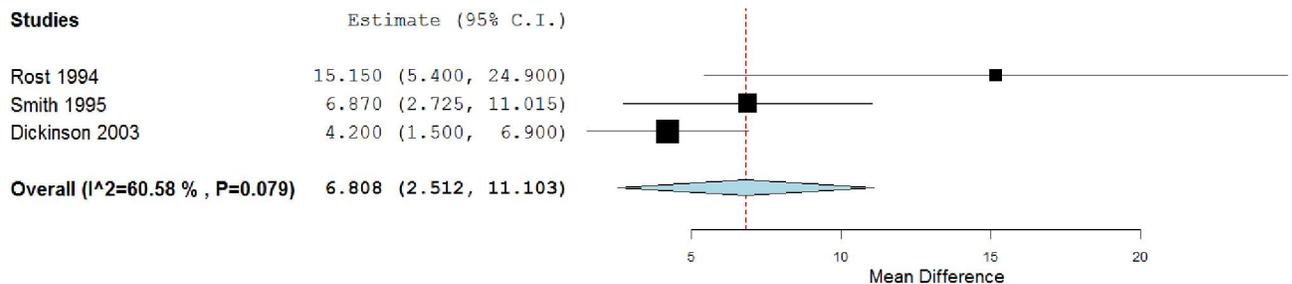
**Figura 3.1. Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS, mejora en psicopatología en el mediano y largo plazo.**



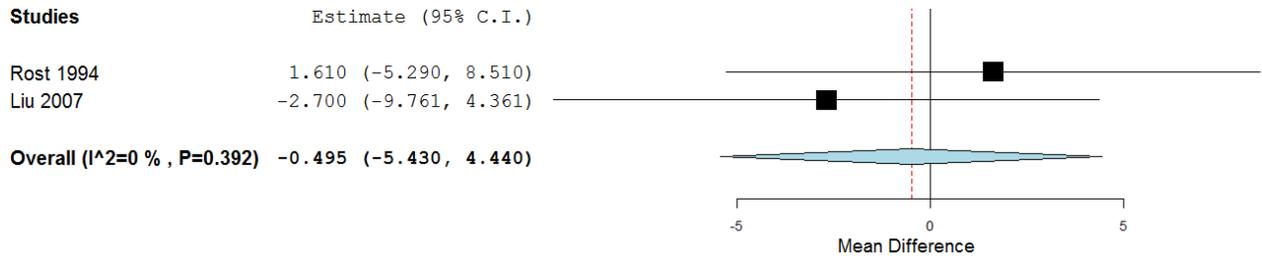
**Figura 3.2. Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS, diferencias en el estado de salud física a mediano plazo (trastornos de ansiedad, depresión y somatización).**



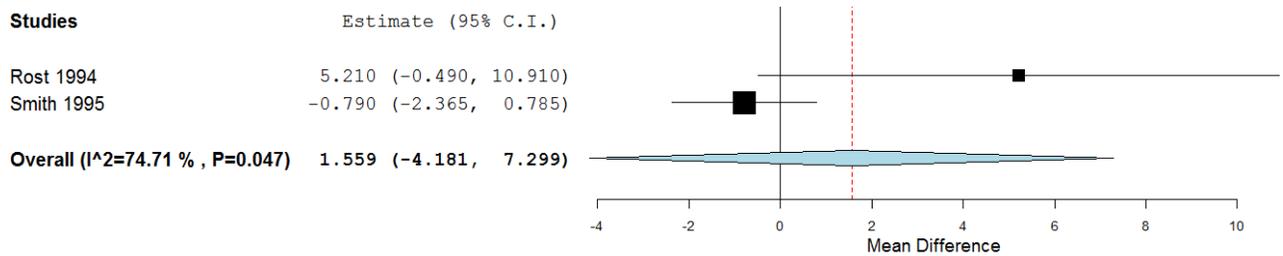
**Figura 3.3. Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS, diferencias en el estado de salud física a largo plazo para trastornos de somatización.**



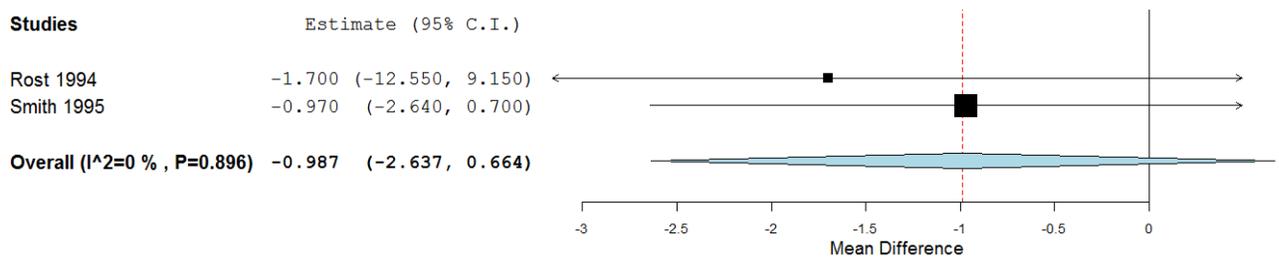
**Figura 3.4. Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS, diferencias en el estado de salud mental a mediano plazo (trastornos de ansiedad, depresión y somatización).**



**Figura 3.5. Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS, diferencias en el estado de salud mental a largo plazo para trastornos de somatización.**



**Figura 3.6. Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS, diferencias en el funcionamiento social a largo plazo para trastornos de somatización.**



**Figura 3.7. Consultoría de salud mental versus Tratamiento usual en APS, diferencias en la percepción de salud general a largo plazo para trastornos de somatización.**

