

# La implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica: hacia una integración entre la psiquiatría y la atención primaria

(Implementing the collaborative approach in Costa Rica: Towards an integration between psychiatry and primary care)

Ricardo Millán-González

### Resumen

**Introducción:** la Organización Mundial de la Salud ha postulado que para reducir la brecha de tratamiento, la inversión en salud mental debe centrarse en la atención primaria. El abordaje colaborativo es una metodología estandarizada que cuenta con evidencia científica de efectividad y costo - efectividad en estas poblaciones. **Objetivo:** discutir la implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica, a partir de una revisión bibliográfica dirigida, y realizar una valoración crítica del modelo actual costarricense.

**Diseño:** revisión bibliográfica, análisis del modelo nacional y propuesta de aplicación.

**Resultados:** en Costa Rica existe un modelo de atención de referencia, el cual tiene menor sustento científico que el abordaje colaborativo, y posiblemente tiende a aumentar la brecha de tratamiento.

**Discusión y recomendaciones:** el abordaje colaborativo permitiría un mayor reconocimiento de la comorbilidad psiquiátrica, mejoraría las técnicas de abordaje y tratamiento, incrementaría el balance costo - beneficio y, probablemente, disminuiría la brecha de tratamiento.

**Conclusiones:** la mayor parte de los recursos en psiquiatría deben emplearse en el primer nivel de atención. El abordaje colaborativo ha demostrado ser la mejor estrategia de tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en esa población. Su instauración en Costa Rica es viable, debido a la amplia cobertura existente en la atención primaria, y su aplicación debería gestarse desde el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, y las escuelas de medicina.

**Descriptor:** abordaje colaborativo, atención primaria, salud mental, gestor de casos.

### Abstract

**Introduction:** The World Health Organization has established that the treatment gap in mental health can be reduced by investing on primary care. The collaborative approach is a standardized methodology backed by scientific evidence on its effectiveness and cost-effectiveness in these populations. **Aim:** To discuss the implementation of collaborative care in Costa Rica through a directed literature review and to present a critical appraisal of Costa Rica's current model.

**Design:** Literature review, analysis of the national model and an implementation proposal. **Results:** Costa Rica uses the reference model, which has less scientific support than the collaborative one and probably tends to increase the treatment gap.

**Discussion and recommendations:** The collaborative care model would allow greater recognition of psychiatric comorbidity, improve management and treatment techniques, increase the cost-benefit balance, and probably reduce the treatment gap.

Trabajo realizado en la Universidad de Costa Rica.

**Afiliación del autor:** Universidad de Costa Rica, Universidad de Ciencias Médicas, Hospital Clínica Bíblica.

✉ ricardo.millangonzalez@ucr.ac.cr

**Conclusions:** Most psychiatric resources should be deployed to the primary care level. Collaborative care has been proved to be the best treatment strategy for psychiatric comorbidity in this population. It is possible to establish this approach in Costa Rica because of the wide coverage of primary care. Its implementation should be promoted by the joint action of the Ministry of Health, the Costa Rican Social Security System and medical schools.

**Keywords:** collaborative approach, primary care, mental health, case manager.

**Fecha recibido:** 22 de enero de 2014

**Fecha aprobado:** 27 de julio de 2014

### Salud mental y brecha de tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental (SM) como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Se incluye, además, “el bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad para realizarse intelectual y emocionalmente” (tomado de Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2004).

Se estima que cerca de 450 millones de personas en el mundo sufren de algún trastorno mental y de conducta, que alrededor de un millón se suicida anualmente, y que más de 90 millones son portadores de algún trastorno generado por el uso de alcohol o drogas. Lo anterior contribuye a aumentar la carga financiera directa e indirecta sobre estos individuos, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad. Esto se refleja específicamente en la disminución del ingreso personal y en la capacidad del paciente y de sus familiares para trabajar, y por lo tanto, en su contribución a la economía nacional, además del aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo. Por ejemplo, un paciente deprimido, al incluir gastos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, puede llegar a ser 4,2 veces más oneroso que una persona sin depresión (tomado de Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2004).

Una visión integrativa de la salud postula que “no existe desarrollo sin salud, ni salud sin salud mental” (tomado de la World Health Organization. *Ministerial Round Tables: 54th World Health Assembly*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001). A pesar de que en 1996 se postuló que el 14% de la carga total de enfermedad corresponde a causas psiquiátricas, y el 28% a fenómenos neuropsiquiátricos,<sup>1</sup> el *Global Mental Health Movement* (Movimiento de la Salud Mental Global) de la OMS ha replanteado esta postura. Se considera que estas cifras son un subestimado de la carga real de la enfermedad mental, porque los trastornos mentales incrementan el riesgo de enfermedades de reporte obligatorio y no obligatorias; contribuyen al riesgo de lesiones intencionales y no intencionales; además, múltiples condiciones físicas incrementan la posibilidad de un trastorno mental, y la comorbilidad limita la búsqueda de ayuda profesional, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de estas personas.<sup>2</sup> Esto se traduce en un traslape entre SM y física en la carga total de enfermedad.

Por lo anterior, y considerando la extensa brecha de tratamiento existente en el mundo, pero sobre todo en países de medianos y bajos ingresos, entre quienes presentan un trastorno mental y aquellos que reciben una adecuada atención para ese desorden, es que la OMS ha diseñado el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental* (mhGAP), el cual postula que, debido a las dificultades de accesibilidad para la mayor parte de la población a especialistas en SM, y tomando en cuenta la evidencia científica existente sobre la efectividad de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas en la Atención Primaria (AP), es en este nivel precisamente en donde se deben centrar los esfuerzos de salud pública para abordar estos problemas.<sup>3</sup> Congruente con esta visión, es el diseño de las pautas diagnósticas y de actuación en AP para los aspectos psiquiátricos, existente dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-10,<sup>4</sup> y que actualmente se encuentra en diseño para el CIE-11 (tomado de Fortes S. A CID-10 na Atenção Primária. XX Fórum Da UDA de Psiquiatria 2013: As Novas Classificações da psiquiatria e o mal-estar na cultura atual. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, Brasil). En Costa Rica, a la fecha, las acciones en estos sentidos han sido, en el mejor de los casos, limitadas. El objetivo de este documento es presentar el sustento teórico y un análisis de la situación actual, con la intención de discutir una propuesta de cambio en el modelo de abordaje de la salud mental en AP.

### Salud mental en atención primaria y abordaje colaborativo

El abordaje colaborativo (AC) es una metodología de intervención integral, sistematizada y multidisciplinaria, que pretende brindar los mejores estándares de salud en la AP. Este paradigma busca la salud del usuario en el sentido más amplio del término y, por lo tanto, contempla sus necesidades físicas y emocionales (tomado de Unützer J. “Integrated Mental Health Care: From Research to Practice”. *Academy of Psychosomatic Medicine Annual Meeting 2009*; Las Vegas, Nevada, Estados Unidos y de Katon W. *TEAMcare: A Multi-Condition Collaborative Care Intervention that Meets the Triple Aim of Health Reform*. *Academy of Psychosomatic Medicine Annual Meeting 2013*; Tucson, Arizona, Estados Unidos).

Diversos estudios han demostrado que la prevalencia de trastornos afectivos, ansiosos y por síntomas somáticos, entre otros desórdenes psiquiátricos, es mucho mayor en pacientes con enfermedad física crónica<sup>5-6</sup> y de AP,<sup>7</sup> que en la población general. Esto obedece en parte a que la expresión de diversos síntomas físicos (dolores de espalda, cabeza, abdominal y pecho, además de tinitus, mareos, síntomas respiratorios diversos), es más frecuente en personas deprimidas o ansiosas, y a que esta relación genera una amplificación del malestar en la mayoría de

los casos. Existen también factores culturales por los que resulta menos estigmatizante consultar por quejas físicas que emocionales (tomado de Kroenke K. Somatic Symptoms as a Bridge between the Brain and the Body. Academy of Psychosomatic Medicine Annual Meeting 2013; Tucson, Arizona, Estados Unidos).

Se sabe que los usuarios que logran acceder a un segundo/tercer nivel de atención en psiquiatría, son los casos más severos, y por lo tanto representan un pequeño grupo de quienes requieren ser atendidos en SM (tomado de Gilbody S. Collaborative Approach: What is currently known. European Association of Psychosomatic Medicine Meeting 2013; Cambridge University, Cambridge, United Kingdom), hecho que podría reñir directamente con los principios básicos de accesibilidad y equidad en la atención.<sup>8</sup> Esto, por lo tanto, concentra a la mayoría de pacientes con necesidades de cuidados en SM en el primer nivel de atención, a pesar de que, paradójicamente, la mayoría de los profesionales especialistas en este campo en muchos países, están concentrados en el segundo/tercer nivel, con la consecuente ampliación de la brecha de SM. En Costa Rica, por ejemplo, solo el 3% del presupuesto nacional de salud se destina a la esfera mental, y de este, un 67% se reserva a los 2 hospitales psiquiátricos, y el resto a otros centros médicos, AP y prevención (tomado del Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS Costa Rica 2008).

### **Modelos de atención en salud mental y metodología del AC**

Aparte del AC, se han descrito 3 modelos más de prestación de servicios de SM en la AP:<sup>9</sup> el educativo y de entrenamiento, basado en brindar educación periódica al personal de AP por parte de especialistas, y con un enfoque particular en la aplicación de guías clínicas; el de interconsulta y enlace, en donde un psiquiatra brinda asesoría sobre los casos complicados, y los atiende 1 o 2 veces cuando resulta necesario, y luego el médico de atención primaria (MAP) los asume de nuevo; y finalmente, el de referencia, en donde el MAP remite los casos en los que se detecta comorbilidad psiquiátrica para que una persona con entrenamiento en algún tipo de psicoterapia, brinde la atención en el espacio físico de la AP.

Asimismo, los servicios de atención pueden trabajar mediante las siguientes metodologías (tomado de Unützer J. "Integrated Mental Health Care: From Research to Practice". Academy of Psychosomatic Medicine Annual Meeting 2009; Las Vegas, Nevada, Estados Unidos): de forma paralela, cuando existe un servicio de psiquiatría que geográficamente se distancia del lugar donde se brinda la AP; mediante colocalización, es decir, cuando en un mismo centro médico, coexiste la atención de psiquiatría y de otras especialidades no psiquiátricas, pero no se mantiene un trabajo conjunto de forma sistemática; o mediante el esquema de AC, en donde el médico psiquiatra labora directamente en el lugar en donde se brinda la prestación del servicio de AP, y además asume un trabajo estructurado en equipo.

Aunque la definición plantea diferentes debates teóricos por tratarse de una intervención compleja,<sup>10</sup> para aplicarse, el

AC requiere trabajo en equipo continuo, con una permanente interacción entre el paciente de AP, el MAP, un psiquiatra interconsultante y un miembro de enfermería, el cual ejerce la función de gestor de casos o *case manager*. Este último profesional, que es el eje fundamental del modelo, tiene funciones específicas,<sup>9,11</sup> entre las que se encuentran:

Valorar, a través de una preconsulta, no solo los parámetros físicos (presión arterial, glucosa en ayunas, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, fenómenos dolorosos), sino también aspectos psiquiátricos (por ejemplo, tamizaje por depresión y ansiedad), de forma sistemática.

Realizar un continuo proceso de psicoeducación en temas de salud, incluidos los relacionados con la esfera mental del paciente.

Diseñar programas específicos de intervención y tratamiento, desde el punto de vista de SM para cada uno de los pacientes que así lo requieren, según sus necesidades y preferencias.

Mantener un continuo seguimiento de los pacientes, incluida la detección de aquellos que se ausentan o que no responden a las intervenciones, e informar al resto del equipo sobre estos casos.

Coordinar las acciones del equipo de salud, tanto para la toma de acciones médicas, como para los aspectos logísticos necesarios.

De esta manera, el MAP recibirá al paciente ya sensibilizado y preparado para abordar no solo su condición física, sino también la emocional. Cuando se considere necesario, iniciará la medicación correspondiente, según parámetros previamente establecidos. Por su parte, el gestor de casos da seguimiento a la asistencia a las citas, vigila la adherencia a las recomendaciones de medicina general y de la esfera mental, y controla estos últimos parámetros (índices de depresión y ansiedad) mediante un *software* diseñado para este fin. Así, se tiene control y seguimiento de los pacientes que se ausentan o que han tenido mala respuesta al tratamiento, según los distintos parámetros; en esos casos, estos usuarios son detectados, localizados, y abordados por el equipo.<sup>9</sup>

Cuando se presenta un caso difícil, el grupo cuenta con un psiquiatra interconsultante que labora para ese servicio de AP, el cual supervisa individualmente al MAP 1 vez a la semana, y cuando es necesario, por la complejidad del cuadro o por situaciones de emergencia, atiende directamente al paciente. Este es, además, el encargado del proceso de educación médica continua del equipo sobre temas de salud mental, y de la aplicación de grupos Ballint para el manejo de casos de fuertes reacciones contratransferenciales en el MAP.<sup>9</sup>

### **Evidencia científica**

Posiblemente la investigación más representativa en el campo del AC fue el estudio IMPACT. En él participaron 1801 pacientes de 18 clínicas de AP en los Estados Unidos, todos mayores de 60 años de edad y diagnosticados con un episodio

depresivo mayor. La mitad de ellos fue randomizada a recibir la intervención IMPACT propia del AC, mientras que el grupo restante obtuvo la atención usual, que incluía tratamiento con antidepresivos y psicoterapia, cuando estaba disponible.<sup>12</sup>

A los 12 meses, el 45% del grupo IMPACT había obtenido más de un 50% de reducción de los síntomas de depresión, mientras el grupo de atención usual obtuvo una reducción de sólo el 19%, independientemente del número de comorbilidades físicas.<sup>13</sup> Ese primer conjunto evidenció mayores porcentajes de tratamiento para la depresión, satisfacción subjetiva del tratamiento y calidad de vida, además de menor severidad de la depresión y del impedimento funcional, en comparación con el segundo grupo.<sup>12</sup> El efecto de esta intervención persistió a los 6 y 12 meses después de su suspensión, evidenciado en mayor mantenimiento del tratamiento antidepresivo, remisión de la depresión, funcionamiento físico,<sup>14</sup> calidad de vida, satisfacción con la atención recibida y autoeficacia, así como menores síntomas depresivos.<sup>15</sup>

En el subgrupo de pacientes portadores de algún tipo de artritis (1001 del total de la muestra inicial), la intensidad del dolor y la interferencia con las actividades diarias debido a la artritis o al dolor, fueron menores, y la salud general y la calidad de vida fue mayor en el grupo de la intervención.<sup>16</sup> De igual manera, en el subgrupo de pacientes con diabetes mellitus (417 de la muestra inicial), se describió más días de actividad física, mayor mejoría en los parámetros de la depresión y un mayor funcionamiento general en el grupo de intervención al compararlo con el de tratamiento usual,<sup>17</sup> además de generar una reducción en los gastos de esa población.<sup>18</sup> A pesar de un aumento inicial en los costos producto de la inversión por la incorporación del modelo, en la totalidad de la población se redujo los gastos generales, por un menor uso de los servicios, lo cual se mantuvo tanto a los 2 como a los 4 años de seguimiento.<sup>19</sup>

En un estudio de similar diseño, se demostró que la implementación del AC es capaz de mejorar los parámetros de hemoglobina glicosilada, colesterol LDL, presión arterial sistólica y niveles de depresión en pacientes diabéticos, cardiopatas o ambos, y con comorbilidad de depresión,<sup>20</sup> ahorrar costos,<sup>21</sup> mejorar parámetros de adherencia al control de la enfermedad física crónica,<sup>22</sup> así como el funcionamiento general de estos usuarios.<sup>23</sup>

El campo de los modelos de atención en SM ha sido ampliamente estudiado a través de diversas investigaciones que fluctúan en calidad y metodología. Para condensar esa información, se ha elaborado una serie de metanálisis con el fin de determinar la efectividad de las intervenciones. En el caso de los modelos educativo y de entrenamiento y de interconsulta y enlace, 2 metanálisis que incluyeron, respectivamente, 10 y 5 estudios randomizados que compararon dichas intervenciones contra atención usual, no se logró detectar efectos significativos en el tratamiento de la depresión.<sup>24-25</sup>

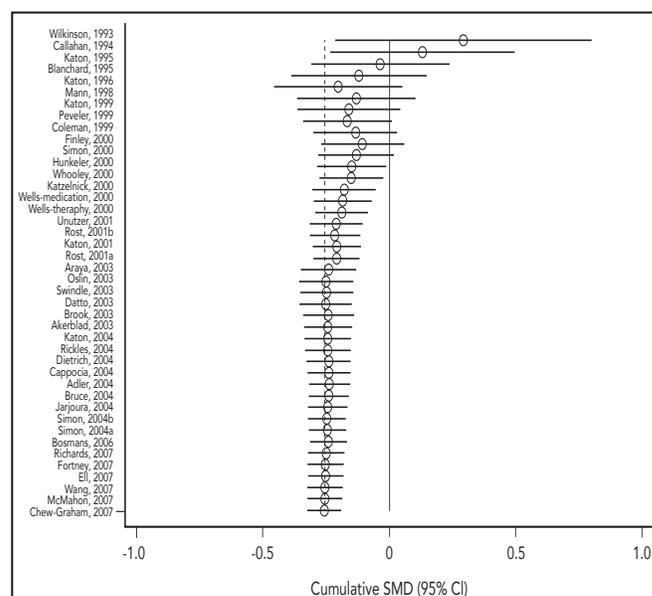
Por su parte, dos metanálisis valoraron los estudios randomizados existentes que comparan los modelos colaborativo y de referencia contra intervenciones usuales. Dichas revisiones

incluyeron 43 y 6 investigaciones, respectivamente. En el primer caso (Figura 1), tanto en el corto como en el largo plazo, hubo una mejoría significativa en los síntomas de depresión.<sup>26</sup> En la segunda instancia, esta mejoría fue observada solo en el corto plazo.<sup>27</sup> Lo anterior ha generado que en el presente, el AC tenga la mejor evidencia disponible de efectividad, la cual cumple con los criterios de alta calidad.<sup>28</sup> Este modelo cuenta además con 2 experiencias positivas en medios latinoamericanos, específicamente en Santiago de Chile<sup>29</sup> y en Río de Janeiro, en Brasil.<sup>30</sup> El AC cuenta con evidencia de efectividad, entre otros, en depresión y diabetes,<sup>17,31</sup> depresión y enfermedad cardiovascular,<sup>32-33</sup> depresión y dolor musculoesquelético,<sup>34</sup> trastornos de ansiedad en atención primaria<sup>35-36</sup> y trastorno bipolar.<sup>37</sup>

### Análisis de la metodología actual en Costa Rica

Según se menciona en el Plan Nacional de Salud Mental 2012-2021, en Costa Rica no ha existido una política pública que abordara el tema de SM; los avances previos se lograron mediante iniciativas gubernamentales y no gubernamentales independientes, que repercutieron en esa esfera. Aunque se describen algunos esfuerzos ocasionales y no articulados en la AP, el mayor número de recursos financieros y humanos ha estado sustentado en el tercer nivel de atención (tomado de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 Ministerio de Salud 2012. San José, Costa Rica).

El Plan Nacional para la Reestructuración de la Psiquiatría y la Salud Mental, en concordancia con la Declaración de Caracas de 1990, gestiona el abandono del modelo centrado en el hospital asilar, para pasar a uno “comunitario” y de AP. La mayor parte del esfuerzo realizado en este sentido, se ha centrado en reincorporar pacientes con enfermedad mental



**Figura 1. Metanálisis acumulativo de los estudios sobre abordaje colaborativo. Tomado por cortesía y autorización de Simon Gilbody de: Bower P, Gilbody S. Making it happen. In: Gilbody S, Bower P, ed. Depression in Primary Care: Evidence and Practice. Cambridge, UK: University Press, 2011: pg 118**

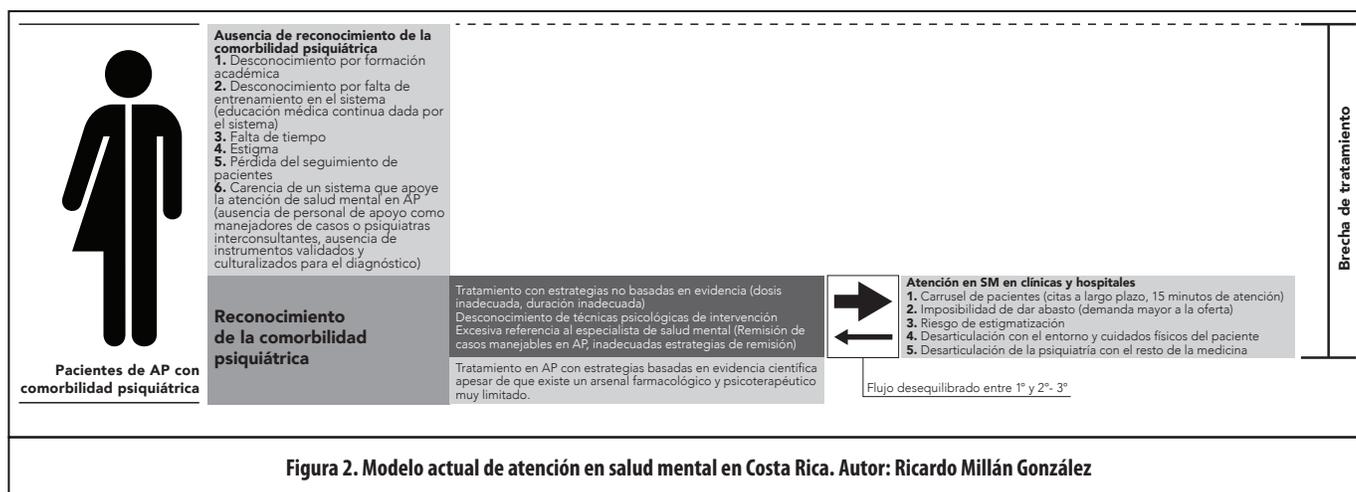


Figura 2. Modelo actual de atención en salud mental en Costa Rica. Autor: Ricardo Millán González

grave a la sociedad, gracias en buena medida al Servicio de Rehabilitación del Hospital Nacional Psiquiátrico y el Consejo Nacional de Rehabilitación, entre otros; se carece, sin embargo, de una visión comunitaria más amplia, que aborde pacientes con patología psiquiátrica leve y moderada, y su repercusión en los parámetros generales y físicos de salud. Precisamente, en el Foro sobre Salud Mental 2011, se ratificó la necesidad de que las estrategias de intervención estén centradas de forma prioritaria en el primer nivel de atención.<sup>38</sup>

En la actualidad, el modelo de AP en SM en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ha sido primordialmente de referencia. Se sustenta en los criterios clínicos del MAP y carece de un tamizaje validado y sistemático para la detección de pacientes con depresión u otras patologías psiquiátricas. Además, en la inmensa mayoría de los casos, el servicio psiquiátrico es paralelo al de AP, es decir, se encuentran localizados en centros geográficos distintos. Esto implica, aparte del desplazamiento del usuario, una comunicación entre el especialista en SM y el MAP que, en el mejor de los casos, se dará mediante una nota de contrarreferencia. En este esquema se incluyen los servicios de telemedicina del Hospital Calderón Guardia y del Max Peralta de Cartago. Algunas excepciones a lo anterior son la Clínica de Coronado y Carlos Durán, donde hay un modelo mixto que incluye elementos de interconsulta, y el servicio de psiquiatría del Hospital Tony Facio de Limón, el cual desplaza personal a la comunidad para brindar el servicio de forma más directa.

En el caso de la docencia en la mayoría de las escuelas de medicina, esta se fundamenta en temas clásicos de la psiquiatría, y en rotaciones dirigidas hacia la atención de pacientes internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico y en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia. Se abordan, por lo tanto, casos por lo general severos, muy distintos a los que predominan en la AP. Se omite la posibilidad de trabajar y vincular los conocimientos de psiquiatría en la medicina general y especializada no psiquiátrica.<sup>39</sup> Algunos programas que abordan la temática del mhGAP, son el del departamento clínico del HNP de la UCR y el de la Universidad Latina de Costa Rica, aunque en la mayoría de los casos esto no ocurre. En el caso de postgrado, con excepción de la residencia de geriatría y gerontología, neurología y medicina familiar y comunitaria, el

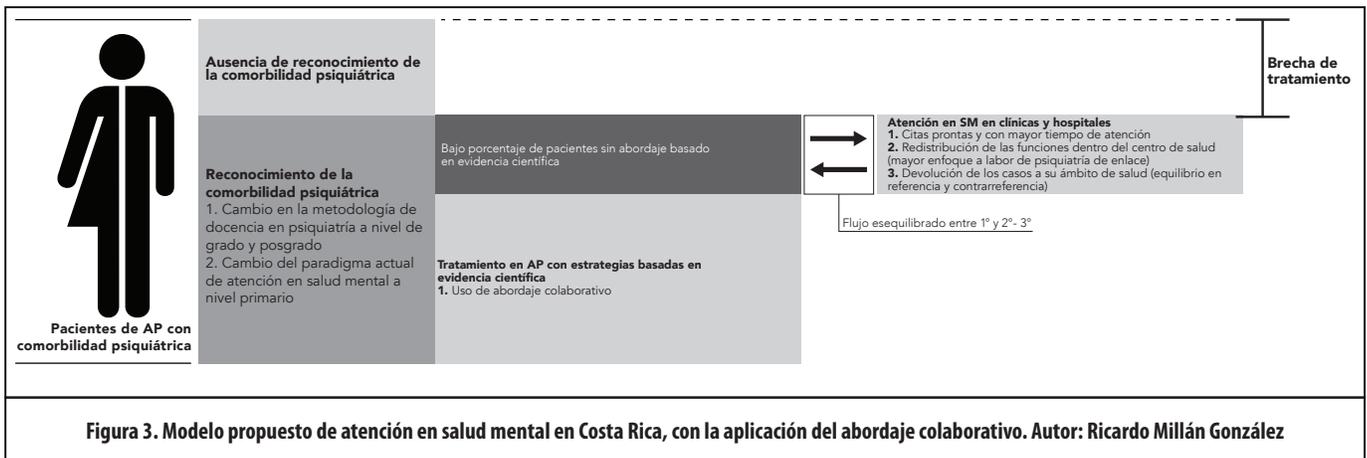
currículo de las especialidades distintas a psiquiatría, omite por completo temas asociados con la SM.

## Discusión y recomendaciones

Tal y como se expone en la Figura 2, el actual modelo de atención en SM en Costa Rica es, en la mayoría de los casos, de referencia, y se sustenta en servicios paralelos y por colocalización. Adicionalmente, el reconocimiento de la patología psiquiátrica es bajo en la AP,<sup>40</sup> y cuando esta se detecta, es muy probable que muchos de los usuarios no cuenten con los recursos para un tratamiento adecuado. Según la experiencia de bastantes colegas psiquiatras y no psiquiatras, el MAP tiende a remitir a la mayoría de estos pacientes a la atención especializada en un segundo o tercer nivel, lo que genera una inadecuada distribución de la atención, un importante estigma y una completa desarticulación de la psiquiatría dentro de la atención médica de calidad.

En la Figura 3 se observa el posible resultado de la instauración de un AC en AP en Costa Rica. En primer lugar, se lograría un mayor reconocimiento de la comorbilidad psiquiátrica mediante el tamizaje y el trabajo enfocado en SM. En segunda instancia, se mejorarían las técnicas de abordaje y tratamiento (ahora basadas en evidencia científica), lo que desahogarían los servicios de atención secundaria y terciaria de SM y aumentaría la capacidad resolutoria en este nivel en casos calificados. Consecuentemente, además del mejor balance costo-beneficio descrito, se permitiría una redistribución del recurso humano y económico en los distintos niveles de tratamiento, lo que facilitaría una reducción sustancial y sostenida de la brecha de tratamiento.

En cuanto a la educación en medicina, tal y como plantea Gilbody, debe vincularse la docencia y la aplicación del resto de las estrategias colaborativas (tomado de Gilbody S. Collaborative Approach: What is currently known. European Association of Psychosomatic Medicine Meeting 2013; Cambridge University, Cambridge, United Kingdom). Esto obliga a replantear el eje temático de los programas de psiquiatría, y valorar un viraje hacia una metodología más aplicada y centrada en los aspectos de SM de la AP, y en pacientes con comorbilidad física. Por su parte, los programas



de postgrado, al omitir temas de SM en el currículo, contribuyen a generar un profundo vacío, estigma y desconocimiento sobre esta temática; la capacidad de detección de estos fenómenos posiblemente se ve muy comprometida, y determinada tan solo por intereses personales, y no como el resultado de un proceso sistemático de enseñanza.

### Recomendaciones para Costa Rica

Tanto el personal médico que atiende directamente al paciente, como los administradores de los servicios de salud, tienen la obligación de aplicar los principios de la medicina basada en la evidencia,<sup>41</sup> ya sea a nivel clínico, o estableciendo modelos de atención que hayan demostrado tener una adecuada relación costo - beneficio y ser efectivos para la mayor cantidad de pacientes.<sup>42</sup> El Plan Nacional de Salud Mental cita a los sistemas y servicios de salud como uno de los determinantes de la SM en Costa Rica. Este mismo documento plantea la necesidad de tomar acciones sustentadas en los mejores datos científicos, y por lo tanto, basar las acciones y políticas en la evidencia existente; también propone como objetivo específico, transformar el modelo tradicional de atención, hacia uno centrado en la comunidad.

Para llevar esto a cabo, se requieren las siguientes consideraciones:

1. Es preciso generar una reestructuración del modelo de atención, guiado políticamente por el MS, pero ejecutado por la CCSS, tal y como propone la OMS. Deben confluir: liderazgo, directrices basadas en conocimiento científico, y disposición a hacer el cambio. Se podría iniciar con un plan piloto, en donde se capacite al personal de un área de atracción, y se ponga en práctica un programa de AC, lo que permitiría evaluar su aplicación en el medio particular, y hacer comparaciones con los índices obtenidos en otras zonas del país con similares condiciones sociodemográficas. En el nuevo modelo es indispensable contar con la figura del gestor de casos, que es el principal determinante de la efectividad descrita, así como con la disponibilidad de especialistas en psiquiatría, que supervisen el proceso en la atención primaria.
2. La sola capacitación del MAP en temas de SM, siguiendo las directrices del mhGAP, es un modelo educativo y de

entrenamiento, el cual no cuenta con una buena evidencia científica sobre efectividad. Por lo tanto, el trabajo debe dirigirse fundamentalmente hacia la conformación de los equipos de trabajo propios del AC, en donde de nuevo, la figura del gestor de casos es el eje central.

3. Tal y como plantea el mhGAP, es indispensable generar un cambio en la docencia de la psiquiatría, enfocado en su aplicabilidad en medios de AP y de especialidades no psiquiátricas; los temas prioritarios, según este programa, son: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo/conductuales en niños/adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol y drogas, lesiones autoinfligidas/suicidio, y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente. Esto implica abandonar un modelo de enseñanza basado en manejos especializados de segundo y tercer nivel, los cuales desvinculan la aplicación del conocimiento práctico de un médico general o especialista no psiquiatra en el medio cercano del paciente, fracturan el vínculo entre la SM y física, y privilegian una visión dualista del ser humano. Se debe fortalecer, asimismo, el conocimiento en SM en los programas de postgrado, con la intención de mejorar la detección de patología psiquiátrica y su vínculo con la evolución de la enfermedad física.
4. El plan de estudios de la Especialidad en Psiquiatría recientemente ha tenido algunas modificaciones, entre las cuales se incluye una rotación de Psiquiatría Comunitaria. Es indispensable que el trabajo realizado durante su desarrollo, se base en propuestas de cómo instaurar programas de AC en los lugares visitados, y no solo en la reincorporación y rehabilitación de personas con enfermedad mental grave en su medio. Estas rotaciones podrían planificarse de forma conjunta con la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, e incluso sería viable plantear trabajos de graduación de forma compartida.
5. La distribución de plazas del CENDEISSS debe estar completamente vinculada con esta reformulación del modelo de atención, de manera que su asignación considere los lugares en donde se puede iniciar el trabajo de AC.

La principal fortaleza para la instauración de este programa es la distribución universal de la atención en salud en Costa Rica, sustentada en la amplia cobertura que brindan los EBAS; existen además diversos equipos de SM ya conformados en

algunos hospitales (Tony Facio en Limón) y clínicas periféricas (Clorito Picado y Carlos Durán). Tales acciones vendrían a dotar a estos grupos de la capacidad técnica para realizar un adecuado diagnóstico individual y comunitario, definir acciones de tratamiento, y remitir a instancias de mayor complejidad con criterios definidos en el ámbito de la SM.

Por lo tanto, se concluye lo siguiente:

1. Las políticas actuales de salud mental, principalmente postuladas por la OMS, sugieren que la mayor parte de los recursos humanos y financieros deben emplearse en el primer nivel de atención de salud.
2. El abordaje colaborativo ha demostrado ser la mejor estrategia de tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en la atención primaria a nivel de las intervenciones, tanto en parámetros de salud mental como metabólicos / físicos y de costo - beneficio. Este modelo es complementario con lo postulado por el mhGAP, pero con la ventaja de contar con una mejor evidencia científica que la del modelo de enseñanza y entrenamiento.
3. La instauración del abordaje colaborativo en Costa Rica es viable, debido a la amplia cobertura en la atención primaria.
4. La aplicación del abordaje colaborativo debe sustentarse en cambios en las acciones guiadas y liderados por el Ministerio de Salud, la reestructuración del modelo de atención primaria de la CCSS, y el replanteamiento de la docencia en las escuelas de medicina y en los postgrados.

---

**Conflictos de interés:** ninguno

---

## Referencias

---

1. Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press, 1996.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, *et al.* No health without mental health. *Lancet* 2007; 370 (9590): 859-77.
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2011.
4. Organización Mundial de la Salud Clasificación. Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, D.C.: OMS, 1992.
5. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859-63.
6. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24:1069-77.
7. Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Soc Sci and Med* 2005;61:1785-94.
8. Gilbody S. Depression in primary care. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011:1-15.
9. Bower P, Gilbody S. Models of care for depression. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011:17-29.
10. Bower P, Gilbody S. Anatomy of a Review. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011:55-72.
11. Huffman JC, Niazi SK, Rundell JR, Sharpe M, Katon WJ. Essential Articles on Collaborative Care Models for the Treatment of Psychiatric Disorders in Medical Settings: A Publication by the Academy of Psychosomatic Medicine Research and Evidence-Based Practice Committee. *Psychosomatics* 2014;55:109-122.
12. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler, E. & Harpole, L. *et al.* Collaborative-care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-2845.
13. Harpole L, Steffens D, Saur C, Unützer J. Improving depression in older adults with comorbid illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27(1):4-12.
14. Callahan CM, Kroenke K, Counsell SR, Hendrie HC, Perkins AJ, Katon W, *et al.* Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(3):367-373.
15. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, Lin EH, *et al.* Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006; 332 (7536):259-263.
16. Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, *et al.* Effect of improving depression care on pain and function among older adults with arthritis. *JAMA* 2003; 290(18):2428-2803.
17. Williams JW Jr, Katon W, Lin EH, Noel PH, Worchel J, Cornell J *et al.* The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann of Intern Med* 2004; 140(12):1015-24.
18. Katon W, Unützer J, Fanet MY, Williams JW Jr, Schoenbaum M, Lin EH, *et al.* Cost effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 2006; 29(2):265-270.
19. Unützer J, Katon W, Fan MY, Schoenbaum MC, Lin EH, Della Penna RD, *et al.* Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care* 2008; 14(2): 95-100.
20. Katon W, Lin EHB, Von Korff M. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *N Engl J Med* 2010; 363: 2611-20.
21. Katon W, Ruso J, Lin EH, Schmittiel J, Ciechanowski P, Ludman E, *et al.* Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69 (5): 506-14.
22. Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Peterson D, Ludman EJ, Rutter CM, *et al.* Treatment adjustment and medication adherence for complex patients with diabetes, heart disease, and depression: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2012; 10(1): 6-14.
23. Von Korff M, Katon W, Lin EH, Ciechanowski P, Peterson D, Ludman EJ, *et al.* Functional outcomes of multi-condition collaborative care and successful ageing: results of a randomized trial. *BMJ* 2011; 10: 343.
24. Gilbody S. Education and training. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011: 73-79.
25. Cape J, Whittington C, Bower P. Consultation-Liaison. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011:81-86.
26. Gilbody S. Collaborative care. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011:87-101.
27. Bower P. Referral. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011:101-110.
28. Bower P, Gilbody S. Summary of the Evidence. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011:111-116.
29. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, *et al.* Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-1000.
30. Almeida Gonçalves D, Ballester D, Chiaverini DH, *et al.* Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
31. Bogner HR, Morales KH, de Vries HF, Cappola AR. Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2012; 10(1):15-22.
32. Davidson KW, Bigger JT, Burg MM, Carney RM, Chaplin WF, Czajkowski S, *et al.* Centralized, stepped, patient preference-based treatment for patients with

## Abordaje colaborativo en Costa Rica / Millán-González

- post-acute coronary syndrome depression: CODIACS Vanguard randomized controlled trial. *JAMA Intern Med* 2013; 173(11):997-1004.
33. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V, *et al*. Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2010;170(7):600-608.
  34. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RO, Doak MN, *et al*. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA* 2009;301(12):1242-1252.
  35. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, *et al*. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010;303(19):1921-1928.
  36. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, *et al*. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(3):290-298.
  37. Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinoshian B, Altshuler L, *et al*. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv* 2006;57(7):937-945.
  38. Contreras-Rojas J, Raventós H. Foro sobre salud mental 2011, conclusiones y pasos futuros. *Acta Méd. Costarric.* 2013; 55(3):132-138.
  39. Millán-González R. Replanteamiento conceptual de la docencia en psiquiatría en la Escuela de Medicina. En: Villalobos-Solano LB, Solano-González A, Rodríguez-Villalobos MR, Mora-Escalante E, Solano-Rojas S, Vargas-Umaña I, editores. Memoria: I Encuentro Académico de la Facultad de Medicina. San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica: Editado por Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, Grupo Editorial: Facultad de Medicina: en prensa.
  40. Tiemens B, Ormel J, Simon GE, *et al*. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996;153:636-644.
  41. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. *JAMA evidence: Users' guidelines to the medical literature*. Second Ed. New York, New York: McGraw-Hill Medical; 2008.
  42. Bower P, Gilbody S. Linking Evidence to Practice. In: Gilbody S, Bower P, editors. *Depression in Primary Care: Evidence and Practice*. Cambridge, UK: University Press, 2011:31-54.