

**Extranjero en tierra
extranjera:
Cultura médica para médicos
de cuidados conductuales
integrados**

INTERDISCIPLINARY BEHAVIORAL HEALTH COLLABORATION PROJECT
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK



Esta subvención, Educación y Capacitación de la Fuerza Laboral de Salud Conductual (BHWET) (por sus siglas en inglés) cuenta con el respaldo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) (por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) (por sus siglas en inglés) de los EE. UU. bajo la subvención #1 M01HP31395-01-00 por \$ 1,299,235.13, titulada como el “Proyecto de colaboración interdisciplinaria de salud conductual”. Esta información o contenido y conclusiones son las del autor y no deben interpretarse como la posición o política oficial de HRSA, HHS o el gobierno de los EE. UU.

Objetivos

- 1) Identificar las diferencias culturales típicas entre los entornos de cuidado médico y cuidado conductual.
- 2) Describir los roles de los diferentes equipos en el entorno médico.
- 3) Describir estrategias para la comunicación breve y puntual cuando se trabaja en equipos ocupados.

¿Qué es el cuidado integrado?

Proveedor de cuidados conductuales (BHP por sus siglas en inglés) trabajando en una oficina médica (generalmente cuidados primarios) como parte de un equipo que brinda cuidados a través de un único plan de tratamiento.

- Tratado como un proveedor en la práctica
- Usando el mismo récord médico
- Asiste a todas las reuniones de la clínica
- Usa los mismos procedimientos de programación de horarios
- Disponible para encuentros simultáneos de consulta y paciente



¿Por qué servicios integrados?

**Proporcionando para
pacientes enfocando
la persona por
completo**



El complejo paciente “sólo-médico” es raro

- Más síntomas somáticos (físicos) cuando hay uno o más diagnósticos psiquiátricos.
- Enfermedades médicas pueden causar síntomas psiquiátricos por impacto directo en el cerebro y funcionamiento endocrino (hormonas) o por la dificultad de ajustes a nuevos roles y pérdida de funcionamiento.
- Bajos recursos y “neurotismo” se correlaciona con más diagnósticos somáticos y psiquiátricos.

Neeleman, J., Ormel, J. AND Bijl, R. V (2001).

Pocos pacientes tienen sólo condiciones de salud mental o médicas.

Entre más enfermo estás, más enfermo te pones.

El BHP en un equipo de cuidados integrados

- Identificar, tratar, triaje y manejar pacientes con problemas médicos y/o de salud conductual/ salud mental utilizando un enfoque conductual.
 - ❑ Ayudar a los pacientes a reemplazar conductas maladaptativas con unas de adaptación.
 - ❑ Proveer a los pacientes desarrollo de aptitudes a través de la psico-educación.
 - ❑ Desarrollar planes específicos de cambio de conducta que se ajusten al ritmo acelerado de trabajo del entorno médico integrado.
- Promover una interfaz fluida entre medicina, psiquiatría, salud mental tradicional y otros servicios conductuales.
- Desarrollar intervenciones que respondan a las características individuales y de la comunidad.

Beneficios para los médicos de salud conductual de trabajar en cuidados integrados

- Cuidados en equipo (carga repartida)
- Múltiples perspectivas de un paciente
- Más historia sobre el paciente
- Mejor habilidad de abordaje de la interacción de salud, conducta y emociones
- Mayor aporte en el cuidado del paciente
- Asistencia de emergencia
- Soporte emocional profesional

Cuidados integrados

BHP como parte de un equipo médico que usa un solo plan de tratamiento

Ventajas:

- Acceso
- Satisfacción del paciente
- Satisfacción del proveedor
- Acomoda protocolos médicos y de salud conductual
- Costo-efectividad y compensación
- Mejora resultados clínicos
- Mantiene resultados

Retos:

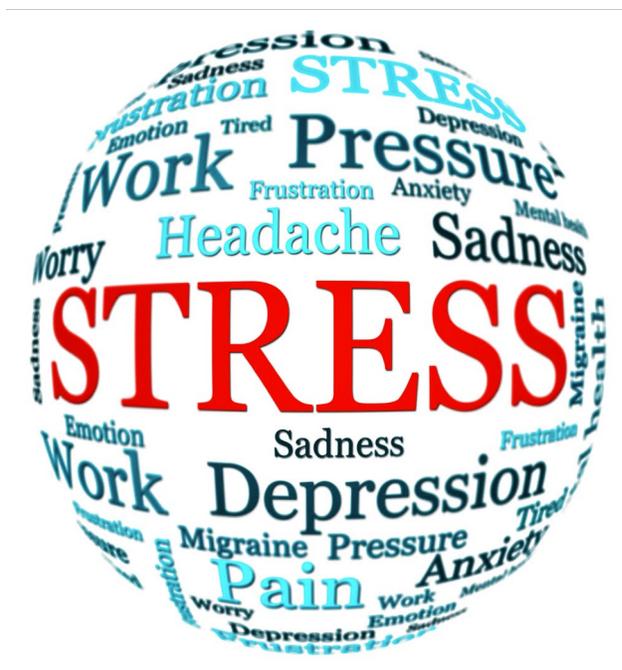
- Ajuste del cuidado de salud mental tradicional para BHP
- para pacientes
- Necesita mayor aceptación de los proveedores médicos
- Pagos
- Puede tener un enfoque limitado al modelo médico o sólo a proveer cuidados de salud mental

Exponiendo el caso y encontrando la necesidad desatendida

Maneras específicas en que el proveedor de salud conductual puede mejorar y añadir valor al cuidado del paciente en el equipo médico...

Estrés psicosocial

El BHP puede ayudar...



- Ofrece apoyo y modalidades enfocadas en soluciones a pacientes con elevados niveles de estrés y limitados mecanismos de afrontación
- Educa sobre la conexión mente/cuerpo, hormonas de estrés e identifica factores desencadenantes de estrés internos y externos
- Trabaja con pacientes para desarrollar recursos de resiliencia y afrontación para moverse hacia objetivos funcionales a pesar de los síntomas
- Interviene cuando se identifican signos tempranos de estrés inmanejable, lo cual puede ayudar a PREVENIR síntomas más severos o pérdida de función

Salud emocional/mental

El BHP puede ayudar...



Diferencia entre las reacciones normales a estrés, cambio o pérdida, de desórdenes emocionales/de ansiedad severos

Clarifica diagnósticos y planes de tratamiento

Mejora el acceso a educación sobre salud mental

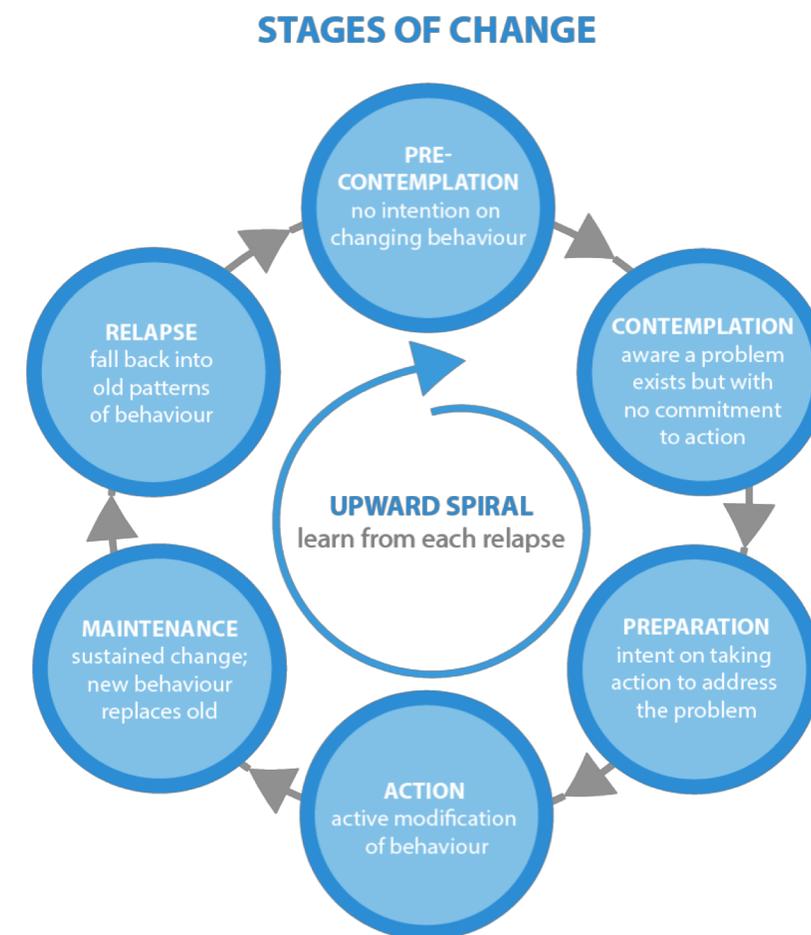
Asiste en discusiones centradas en el paciente, colaborativas sobre los medicamentos

Provee retroalimentación y educación en estrategias para reconfortar pacientes perturbados emocionalmente

Cambios en salud conductual

El BHP puede ayudar...

- Educar acerca de las etapas de cambio y por qué cambiar la conducta es tan difícil
- Proveer cuidados basados en evidencia para el cambio conductual
- Trabajar en la participación del paciente, incluyendo educar a los proveedores en cómo fomentar la participación
- Crear planes SMART (por sus siglas en inglés) para objetivos con seguimiento
- Ejemplos:
 - Conducta del sueño, uso de CPAP (por sus siglas en inglés), fumar, obesidad, monitoreo de glicemia, inactividad, no-adherencia a regímenes prescritos, hipertensión, colesterol elevado e inconsistencia con seguimientos.



Uso de sustancias

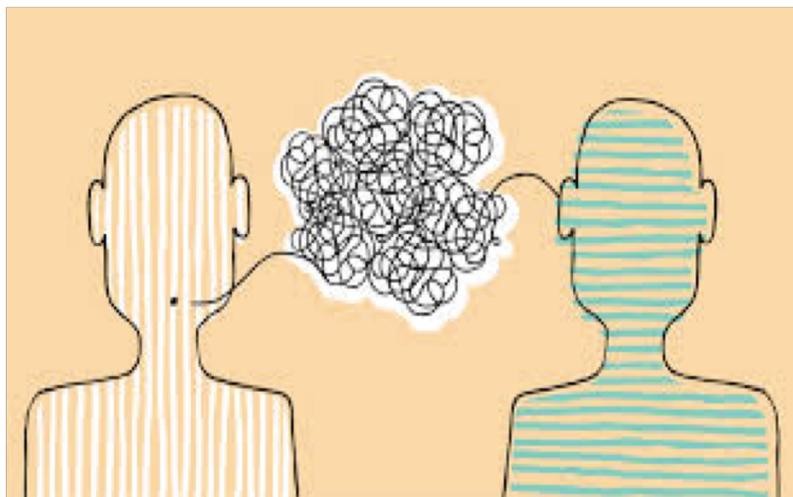
El BHP puede ayudar...



- Diferenciar entre uso recreativo, abuso y dependencia y recomendar el nivel de cuidado más apropiado
- Asistir con estrategias de reducción de daño y prevención de relapso
- Usar técnicas de entrevista motivacional para tener discusiones efectivas y colaborativas sobre el uso de sustancias y recuperación

Barreras de relaciones & comunicación

El BHP puede ayudar...



- Dificultad entendiendo el comportamiento y decisiones del paciente
- Clarificar factores culturales que afecten el cuidado y ofrecer soluciones para cuidados culturalmente apropiados
- El equipo médico se siente en conflicto crónico con el paciente
- Los miembros del equipo médico están en conflicto o tienen un funcionamiento pobre en equipo
- Problemas involucrando miembros de la familia del paciente

Obstáculos en el cuidado integrado

- ❑ Aceptación inconsistente
- ❑ Crear un espacio físico efectivo
- ❑ Comunicación ineficiente
- ❑ Choque de culturas
- ❑ Una nueva manera de trabajar

Cohen et al. (2015). Understanding Integration from the Ground Up.
Am Board Fam Med 28:S7-S20.

ADAPTÁNDONOS A LA CULTURA MÉDICA

“No puedes simplemente presentarte y comenzar a hacer este trabajo... Los cuidados primarios y de salud conductual han evolucionado de maneras muy separadas en los pasados 50 años. Hay mucho trabajo por hacer aún para crear una verdadera colaboración en equipo.”

Barbara Mauer (2009).

Behavioral Health/Primary Care Integration and the Person-Centered Healthcare Home.

The National Council for Community Behavioral Healthcare.

Una vista rápida del equipo médico

Proveedores de práctica independiente

- ❓ El **médico (MD o DO)** diagnostica, supervisa el plan de cuidado y cuida a pacientes complejos.
 - **MD: (Alopático) Doctor en medicina** – se enfoca en identificar y eliminar patologías al tratar la enfermedad para restablecer el funcionamiento normal del cuerpo.
 - **DO: Doctor en osteopatía** – se enfoca en mantener el funcionamiento saludable y facilita la capacidad del cuerpo de curarse así mismo. Todas las partes del cuerpo trabajan juntas y se influyen unas a otras. - American Assoc. of Colleges of Osteopathic Medicine

- ❓ El **asistente médico (PA por sus siglas en inglés), enfermera especializada (NP por sus siglas en inglés) y la enfermera registrada de práctica avanzada (APRN por sus siglas en inglés)** diagnostican y supervisan el plan de cuidado bajo la supervisión del médico.

Una vista rápida del equipo médico

La **enfermera registrada (RN)** por sus siglas en inglés) evalúa condiciones/síntomas, hace triaje, administra medicamentos/tratamiento y evalúa su efectividad, coordina planes de cuidado, realiza pruebas diagnósticas y analiza resultados, educa al paciente en el manejo de su enfermedad después del tratamiento, supervisa a otros empleados.

La **enfermera práctica licenciada (LPN)** por sus siglas en inglés) monitorea la condición del paciente (signos vitales, muestras para pruebas de laboratorio), administra inyecciones/medicamentos, cura heridas y vela por el bienestar general del paciente.

El **asistente médico y asociado del cuidado del paciente (MA y PCA)** por sus siglas en inglés respectivamente) ponen a pacientes en cuartos, recopilan la historia de los pacientes, limpian y abastecen los cuartos de examinación y toman signos vitales.

Una vista rápida del equipo médico

Ayudante de cuidado en el hogar o el ayudante de cuidados personales (HHA y PCA por sus siglas en inglés respectivamente) provee cuidados en el hogar cuando los pacientes necesitan asistencia con la vida diaria más allá de lo que familiares y amigos son capaces de proveer.

Manejador de cuidados o entrenador de salud es un enlace entre el paciente/familia, la comunidad y el proveedor de cuidados primario. El manejador de cuidados son usualmente enfermeras o trabajadores sociales mientras que el entrenador de salud puede tener un entrenamiento clínico formal.

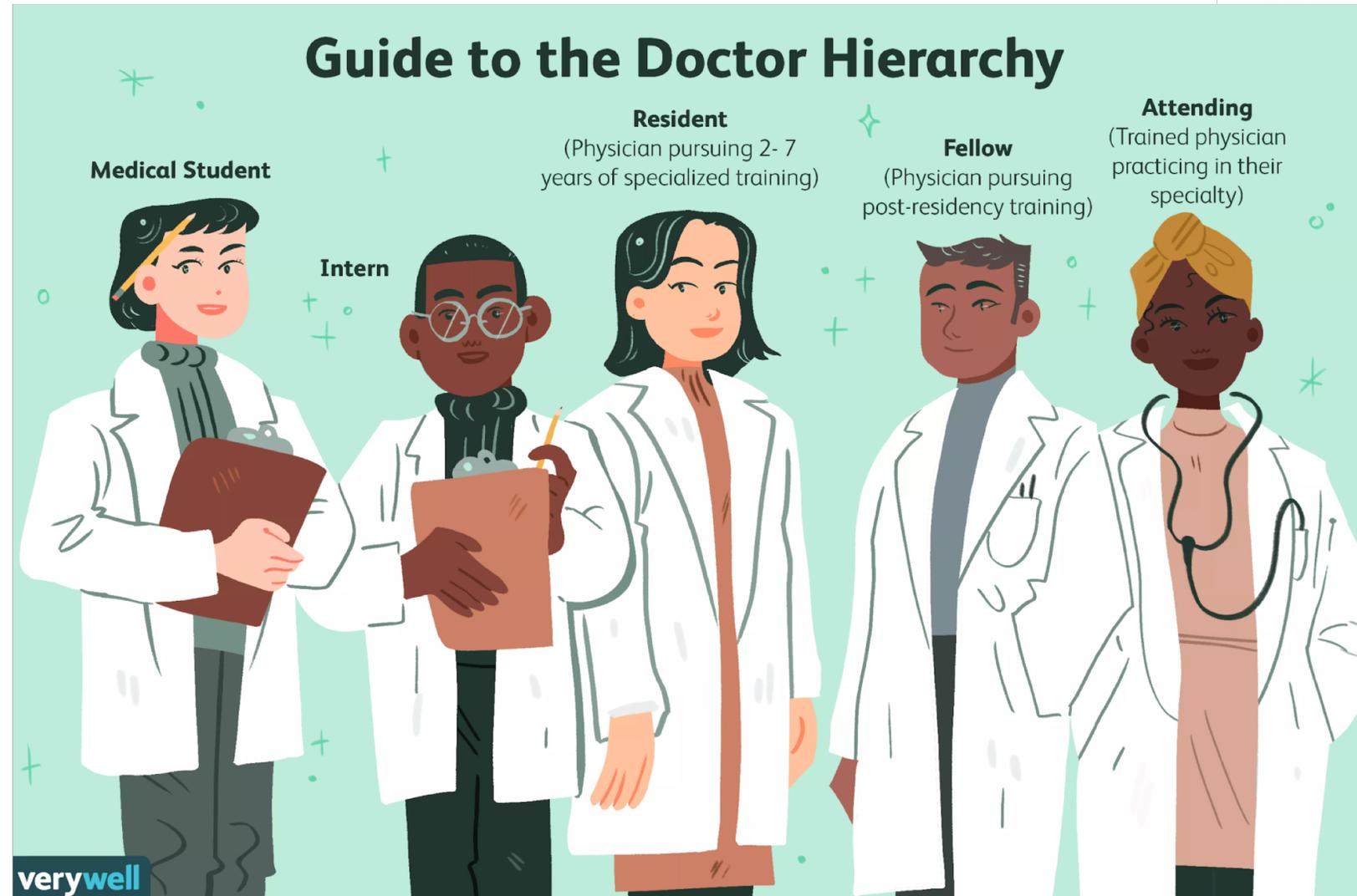
Escritas médicos asisten a los profesionales médicos al transcribir los encuentros de los médicos con los pacientes, escribiendo las notas y entrando la información en el récord médico.

Recepcionistas médicos reciben y registran a los pacientes, programan las citas, contestan el teléfono, ordena y distribuye el papeleo y puede asistir en la facturación.

¿Quién es el médico aquí?

Tomado de "Very Well Health"

<https://www.verywellhealth.com/types-of-doctors-residents-interns-and-fellows-3157293>



Especialidades médicas en cuidados primarios

Doctor en medicina interna, su entrenamiento se enfoca solamente en las enfermedades que afectan adultos. Este entrenamiento enfatiza unos cimientos en cuidados basados en hospital y cuidados ambulatorios enfocando la patofisiología de la enfermedad.

Doctor en medicina de familia, se enfoca en el cuidado a lo largo de toda la vida. Proveen cuidados de ginecología y obstetricia (OB/GYN por sus siglas en inglés), pediatría, adulto, geriatría y cuidados paliativos. Este entrenamiento enfatiza la prevención de enfermedades y promueve salud al construir una relación médico-paciente en el contexto de una familia. Los proveedores típicamente tienen una fuerte orientación bio-psico-social hacia el cuidado.

Médico pediatra, su entrenamiento enfoca el desarrollo, cuidado y enfermedades en infantes, niños y adolescentes.

Doctor en medicina/pediatría, su entrenamiento combina una versión ligeramente abreviada de ambas especialidades medicina interna y medicina pediátrica.

Diferencias culturales en oficinas médicas

- Programación: ritmo avanzado, sobrerreservada, usualmente atrasada
- En equipo: múltiples miembros del equipo dependen uno del otro para conducir partes de la visita del paciente. Fallas en sistemas y comunicación tienen impacto en múltiples individuos.
- Colaboración: consultas frecuentes entre los colegas en pacientes específicos.
- Tratamientos estandarizados: hay expectativa de que los proveedores se adhieran a protocolos de tratamientos específicos publicados por organizaciones profesionales.
- Practicar en los “límites de tu licencia.”

Malentendidos sobre salud conductual

- Se puede pensar que los médicos de salud conductual son poco comunicativos y demasiado preocupados con confidencialidad (en el contexto de una oficina médica con cuidados basados en equipo).
- Con frecuencia se encuentra que el médico de salud conductual ofrece demasiada información cuando sí se comunica.
- Pueden no conocer lo que ocurre en la terapia.
- Puede que no entienda en totalidad las diferencias en los diferentes tipos de médicos de salud conductual; todos son encasillados como el mismo (“terapeuta genérico”) o se circunscriben demasiado los roles basándose en diferencias relativamente pequeñas.
- Se puede creer que los médicos de salud conductual tienen la habilidad de predecir o manejar la conducta de una persona.

Preocupaciones sobre la integración

- Las citas pueden ser aún más largas al añadir a otra persona.
- El BHP no va tener mucho que añadir ya que han funcionado todo este tiempo sin alguien que ayude en tareas de salud no-mental de la salud conductual como dejar de fumar, no-adherencia y abuso de sustancias.
- Ofender a los pacientes al sugerir que puedan necesitar “tratamiento para salud mental”.
- Tener a alguien entrenado en conducta va a hacer aún más complejos a los pacientes.
- Los servicios facturados no van a cubrir el salario del BHP.

HACIENDO FUNCIONAR

EL CUIDADO

INTEGRADO:

EL CAMBIO

CONDUCTUAL

Trabajo en cuidado integrado es una cuestión de habilidades y acople

Se necesita entrenamiento, o apoyo experimentado, para obtener la orientación necesaria para hacer el trabajo efectivamente

- Diestro y cómodo estableciendo relaciones con todo el personal de cuidados primarios
 - Es esencial cultivar el trabajo en equipo
- Funciona bien en situaciones ambiguas
 - Lanzarse en lugar de esperar una invitación
- Tolera interrupciones y cambios no planificados en el programa, tiene límites flexibles y está abierto a experiencias, y está dispuesto a trabajar con un rango amplio de pacientes
- Maneja situaciones nuevas con seguridad y confianza sin tergiversar el conocimiento

Desafíos para el médico de salud conductual al ajustarse al cuidado integrado

- Tratando a una población un poco diferente
 - Menos perturbado y menos claro en diagnósticos
 - Incómodo con los diagnósticos de “salud mental”
 - Marco más amplio de necesidades
 - Cuidado médico, cambio de salud conductual y cuidado en uso de sustancias además de salud mental
- Estatus como proveedor auxiliar
- Diferentes rutinas de tiempos y confidencialidad

El cambio conductual

- El cuidado siempre se enfoca en abarcar problemas médicos y de salud
- Alejarse de las visitas semanales de 45-50 minutos
- Menos tiempo para crear una buena relación
- Aprender a evaluar y a hacer triaje
- Modelo de resolución de problemas; menos evaluación
- Activación conductual y educación del paciente
- Depender del conocimiento que tiene el PCP del paciente
- Referir enfermedades mentales de larga duración y severas a salud mental tradicional

Haciendo funcionar el cuidado integrado: comenzando

Inmersión

- Observa a proveedores y otros empleados.
- El BHP revisa a los pacientes que llegan ese día e identifica maneras potenciales de ayudarlos.
- Se proactivo. No esperes referidos y no esperes a que te pregunten.
- Desarrolla un protocolo para tener acceso disponible durante clínica.

Transferencia cálida – introduce al BHP al paciente durante la cita médica

- Crear un modelo del programa con tiempo para “ponerse al día” considerando las transferencias y consultas.

Desbaratando fallas en comunicación

- Referidos confusos/ referidos inapropiados
- Ideas rígidas y resistencia a la retroalimentación
- Una actitud de “arreglar” en lugar de trabajo en equipo
- Fallar en ofrecer retroalimentación a tiempo
- Visitas médicas descarriladas por encuentros prolongados/explicaciones con los pacientes
- Fallas en atender o considerar condiciones médicas en los encuentros con el BHP
- No leer las notas entre sí

Haciendo funcionar el cuidado integrado: los PCPs

Establecer las expectativas del paciente

- El BHP provee una consulta para determinar las mejores opciones de tratamiento (las cuales pueden incluir referidos a salud mental tradicional)
- Terapia a corto plazo
- Cuidados coordinados con documentación compartida

Lenguaje del cuidado: Más allá (o alrededor) del DSM

Utilice palabras que no requieran una definición física o psicosocial del problema

Una descripción psicosocial del problema ofrece máximas opciones para que los pacientes participen en cambio

- Estres, preocupación, “sentirse decaído”
- Dolor, problemas, retos
- Mejoramiento, manejo, sanación
- Habilidades, estrategias, soporte (no necesariamente tratamiento)

Desarrollar libretos para los proveedores aumenta el éxito

Lenguaje del cuidado: describiendo el rol

Describir al BHP basándose en sus habilidades.

- Como alguien que se especializa en ayudar a personas con el problema particular del paciente
- No como un terapeuta, psicólogo o trabajador de salud mental
 - “Nuestro experto en estrategias no farmacológicas para el insomnio”
 - “Nuestro especialista en manejo del dolor”
 - “Nuestro entrenador en pérdida de peso conductual”
 - “Alguien con quien hablar que le ayude a descifrar maneras de afrontar”

Describiendo el rol del BHP al paciente

Situación: ¿Cuál es la situación en el cuidado del paciente que hace que el equipo médico quiera involucrar al BHP?

Serie de habilidades: ¿Cuáles son las habilidades particulares que el BHP trae que ayudan al tratamiento general del paciente?

Relación: ¿Cómo el rol del BHP (miembro nuevo del equipo) impacta el tratamiento general del paciente??

Indicadores: ¿Qué resultados indicarían que la participación del BHP fue de ayuda en el tratamiento global del paciente?

- Alexander Blount

Ejemplo de caso: introduciendo al BHP

Sara es una mujer de 48 años de edad con un historial de alta presión sanguínea, dolor de espalda baja crónico, síndrome de intestino irritable y cáncer de mama en remisión.

Localización: n/a

Calidad: se siente temblorosa y nerviosa

Severidad (impacto): interfiere con la calidad de trabajo, atención y trabajo casero

Tiempo: comenzó alrededor de un mes atrás, empeoró gradualmente, insomnio inicial = ~1.5 hr, se despierta dos veces y tarda ~ 30-60 min en resumir el sueño, total estimado de sueño: 4 hrs

Contexto: niega cambios en el estilo de vida o estresores nuevos

Factores modificantes: tés, reducir actividad, cafeína y melatonina no ayudaron, el ronquido del esposo lo empeora (pero no es nuevo)

Síntomas asociados: fatiga, dificultad concentrándose, apetito reducido

Metas del paciente: a Sara le gustaría un medicamento que la ayude a quedarse dormida

Ejemplo de caso: Sara

Escenario: Un cuarto de exámen en una clínica. Sara, su PCP, Dr. Burke y el BHP, James, todos están presentes.

(Situación) insomnio desde hace un mes, está empeorando, impacta su trabajo y su habilidad de realizar tareas en casa. Siente que su mente no para. Está teniendo alrededor de 4 horas de sueño en la noche. No hay causa identificable. Ha suspendido el café en la tarde pero no ha ayudado.

(Serie de habilidades) ayudar con el sueño sin riesgos o efectos secundarios de medicamentos: estrategias para ayudar a la gente a calmar sus mentes de manera que puedan quedarse dormidos más fácilmente. Restablecer buenos hábitos de sueño, identificar y resolver cualquier barrera.

Ejemplo de caso: Sara

Relación: Reunirse con James ahora y en cita de seguimiento. James va a reportar en el progreso y los tres juntos van a decidir en el medicamento. James seguirá envuelto en ayudar a Sara hasta que recupere un sueño normal sin medicamento.

Indicadores: Inicial: ser capaz de dormirse en una hora. Meta: 8 horas de sueño, ser capaz de dormirse en media hora, capaz de resumir el sueño en 10 minutos si se levanta.

Haciendo el trabajo de cuidado integrado: eficiente

- Documentación enfocada
 - ▣ Notas SOAP
 - ▣ Puntos son más fáciles que la narrativa
 - ▣ Limitar los detalles (sólo lo suficiente para recordar cuando vuelvas a ver al paciente)
- Intervenciones breves enfocadas
- Usar los protocolos de tratamientos para enfocarse en las metas
- Usar cuestionarios estandarizados para monitorear síntomas
- Avisar cuando el próximo paciente llega

Comunicación en términos médicos

En una clínica con ritmo rápido, las actualizaciones al margen necesita ser eficientes para que los proveedores mantengan el programa.

“Background” Antecedentes: Ayudan al proveedor a recordar al paciente con pocos identificadores únicos.

“Reason” Razón: Explica el por qué te comunicas con ellos ahora-¿qué ha cambiado que necesita atención?

“Information” Información: ¿Cuáles son los indicadores de progreso o problema?

“End” Fin: Describe los próximos pasos - ¿qué vas a hacer y/o qué estás pidiendo?

“Follow-up” Seguimiento: ¿Quién va a comunicarse la próxima vez con el paciente?

Adapted from *Less is More: Why You're Saying Too Much and Getting Ignored* by Fast Company

Ejemplo de caso: Sara

“Background” Antecedentes: Dr. Burke, ¿recuerda a Sara? Es la mujer de edad media que vio hace dos semanas por insomnio. ¿Pelo castaño, anteojos, con cáncer de mama en remisión?

“Reason” Razón: Tuve mi segunda cita con ella hoy para evaluar su progreso.

“Information” Información: Dice que con las estrategias que aprendió, está siendo capaz de dormirse en una hora. Pero está aún muy somnolienta durante el día y la castigaron en el trabajo por quedarse dormida durante una reunión.

“End” Fin: Le gustaría tratar el medicamento porque está preocupada por su trabajo. Accedió a continuar trabajando conmigo hasta que no necesite el medicamento más. ¿Qué piensa usted?

“Follow-up” Seguimiento: OK. ¿Quiere que venga a una cita para discutirlo con usted o sólo enviará la receta? ¿Quiere que la llame yo para dejarle saber o prefiere hacerlo usted?

Resumen

- Los cuidados integrados tienen el potencial de beneficiar por igual a pacientes y proveedores cuando es implementado hábilmente.
- Muchos de los retos de una implementación exitosa tienen su base en la comunicación de los problemas que son emblemáticos de las diferencias culturales profesionales.
- Ser conscientes de las diferencias culturales profesionales es el punto de partida para un equipo de cuidados integrados exitoso.
- La comunicación entre los equipo de cuidados y con el paciente, es un elemento crítico para la construcción de un programa exitoso de cuidados integrados.

Referencias

- Bryan, C. J., Corso, M. L., Corso, K. A., Morrow, C. E., Kanzler, K. E., & Ray-Sannerud, B. (2012). Severity of mental health impairment and trajectories of improvement in an integrated primary care clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 396.
- Catalan, J., Gath, D. H., Anastasiades, P., Bond, S. A.K., Day, A. and Hall, L. 1991. 'Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care'. *Psychological Medicine, 21*: 1013–18.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(2), 204-220.
- Corney, R. 1993. "Studies of the effectiveness of counselling in general practice". In *Counselling in General Practice*, Edited by: Corney, R. and Jenkins, R. London: Routledge.
- Durbin, A., Durbin, J., Hensel, J. M., & Deber, R. (2016). Barriers & enablers to integrating mental health into primary care: a policy analysis. *The journal of behavioral health services & research, 43*(1), 127-139.

Referencias

- Fredheim, T., Danbolt, L. J., Haavet, O. R., Kjøsberg, K., & Lien, L. (2011). Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *International journal of mental health systems*, 5(1), 13.
- Katon, W., & Sullivan, M. D. (1990). Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, 51(Suppl 6), 3-11.
- Kessler, R. (2012). Mental health care treatment initiation when mental health services are incorporated into primary care practice. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(2), 255-259.
- Kroenke, K., & Unutzer, J. (2017). Closing the false divide: sustainable approaches to integrating mental health services into primary care. *Journal of general internal medicine*, 32(4), 404-410.
- Krupski, A., West, I. I., Scharf, D. M., Hopfenbeck, J., Andrus, G., Joesch, J. M., & Snowden, M. (2016). Integrating primary care into community mental health centers: impact on utilization and costs of health care. *Psychiatric Services*, 67(11), 1233-1239.

Referencias

- Mynors-Wallis, L., Gath, D., Lloyd-Thomas, A. and Tomlinson, D. 1995. 'Randomized controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline for major depression in primary care'. *British Medical Journal*, 310: 441-5.
- Mynors-Wallis, L. M., Gath, D. H., Day, A., & Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *Bmj*, 320(7226), 26-30.
- Patel, V., Belkin, G. S., Chockalingam, A., Cooper, J., Saxena, S., & Unützer, J. (2013). Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PloS medicine*, 10(5), e1001448.
- Strosahl, K. D., & Sobel, D. (1996). Behavioral health and the medical cost offset effect: current status, key concepts and future applications. *HMO practice*, 10(4), 156.
- Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A. M., & Bauer, M. S. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(8), 790-804.