

Programa colaborativo a distancia para el tratamiento de la enfermedad depresiva

GRACIELA ROJAS¹, ARIEL CASTRO^{2,a}, VIVIANA GUAJARDO^{1,b}, RUBÉN ALVARADO³, CRISTIAN ISAMIT¹, ROSEMARIE FRITSCH¹

Assessment of a distant collaborative program for the treatment of depression in primary care

Background: In the treatment of depression, primary care teams play an important role, whose effectiveness improves when inserted into a collaborative model of disease management. **Aim:** To report the results of a clinical trial carried out to test the effectiveness of a collaborative program between primary health teams and specialists supported by an electronic platform. **Material and Methods:** Physicians from four community hospitals belonging to the Reloncavi Health Service network, recruited 81 patients with depression aged 37 to 43 years, 84% of whom were female. Participants were divided in an active group, which participated in the collaborative program and a control group, which received the usual care, according to the Ministry of Health's Guidelines for Depression. The main outcome was the Beck Depression Inventory (BDI-I) score at three months of intervention. **Results:** Participants had an average of 29.6 points (95% CI: 27.6-31.6) in the BDI-I and 38% of them had a high suicide risk. There were no statistically significant baseline differences between active and control group. In the intervention group, the BDI-I score changed from 30.0 (95% CI 27.0 to 32.8) to 15.3 (95% CI 11.8 to 18.8). In the control group the score changed from 29.2 (95% CI: 26.4 - 31.9) points to 20.8 (95% CI 16.8 to 24.7). The decrease was significantly higher in the intervention groups. **Conclusions:** A program of this kind may be useful to assist primary care teams in remote areas of the country to improve treatment outcomes for depression.

(Rev Med Chile 2014; 142: 1142-1149)

Key words: Computer communication networks; Depression; Primary health care.

¹Departamento de Psiquiatría, Hospital Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

²Oficina de Apoyo a la Investigación, Hospital Clínico Universidad de Chile.

³Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

^aQuímico-Farmacéutico, MSc. Epidemiología Clínica.

^bMédico Cirujano, Alumno Programa Doctorado en Salud Pública y Psiquiatría Universidad de Chile. MSc. Epidemiología Clínica.

Financiamiento: FONDECYT 1100205.

Recibido el 25 de abril de 2013, aceptado el 25 de agosto de 2014.

Correspondencia a:

María Graciela Rojas Castillo

Av. La Paz 1003, Independencia, Santiago.

Teléfono: 02-29788627

graciela.rojas.castillo@gmail.com

La depresión es un problema de salud pública que causa sufrimiento, discapacidad y genera altos costos económicos a la sociedad. En efecto, según el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2004 acerca del costo global de las enfermedades, la depresión es la principal causa de años perdidos por discapacidad en países de ingresos medios y altos, entre los que se encuentra nuestro país¹.

Estudios epidemiológicos llevados a cabo en nuestro país indican que aproximadamente 5% de la población adulta presenta sintomatología depresiva en la última semana, una prevalencia de vida de trastorno depresivo mayor de 9% y de 4,6% en los últimos 6 meses²⁻⁴. Usuarios de morbilidad general en consultorios de atención primaria presentan cifras más altas, las cuales son cercanas a 30% en los últimos 12 meses⁵⁻¹⁰.

Para enfrentar el problema, el Ministerio de Salud (MINSAL) de nuestro país implementó el año 2001 un programa nacional para la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión (PNDDTD)¹¹ en la atención primaria basado, en parte, en un ensayo clínico que demostró la efectividad de una programa escalonado. Las recomendaciones para el tratamiento incluyen intervenciones psico educativas, tratamiento farmacológico indicado por médicos generales, asesoría de especialista en psiquiatría y derivación al nivel secundario de los casos complejos^{12,13}.

En definitiva, los lineamientos ministeriales nacionales han asignado al equipo de salud general un rol protagónico en la detección, diagnóstico y tratamiento de la patología depresiva pero han recomendado a los equipos especializados organizar consultorías para apoyar a estos equipos de salud general¹⁴.

Estudios internacionales han demostrado la efectividad de modelos colaborativos para el tratamiento de la depresión, es decir, programas donde equipos de salud generales trabajan con equipos de salud especializados en el manejo de los pacientes deprimidos. El uso de tecnologías de la información y de la comunicación han sido utilizadas exitosamente en algunos de estos programas¹⁵⁻¹⁷. Fortney y cols. implementaron un programa de apoyo de especialistas a centros de salud que no contaban con éstos con apoyo de tecnología de la información llamado TEAM demostrando que éste mejoraba la adherencia al tratamiento, la severidad de los síntomas depresivos, la calidad de vida y la salud mental de los pacientes¹⁸.

Con el objeto de medir la efectividad de un programa colaborativo entre equipos de salud primarios y especializados apoyados por una plataforma electrónica para el manejo de la enfermedad depresiva se llevó a cabo un ensayo clínico. Estos resultados corresponden a parte del proyecto FONDECYT 1100205, de uno de los centros participantes de este estudio.

Metodología

Se llevó a cabo un ensayo clínico en hospitales comunitarios pertenecientes al Servicio de Salud de Reloncaví. Participaron los cuatro hospitales que tenían acceso a Internet y un programa de depresión funcionando. Uno fue excluido por no cumplir dichas exigencias.

En los hospitales de Frutillar, Calbuco, Fresia y Maullín se reclutaron pacientes diagnosticados con un episodio depresivo por el equipo local, según los criterios de la Guía Clínica MINSAL para la patología depresiva¹⁹.

Reclutamiento

Se llevó a cabo en 2 etapas consecutivas, siendo inicialmente reclutada la muestra control y a continuación, después de 3 meses, la muestra para el grupo activo. En cada centro el médico a cargo del Programa de Salud Mental invitaba a pacientes entre 18 y 70 años con diagnóstico de depresión a participar en el estudio. Si los pacientes aceptaban, se llevaba a cabo el procedimiento del consentimiento informado previamente aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y del Servicio de Salud de Reloncaví. Los datos de los pacientes que firmaban el consentimiento informado eran ingresados a una plataforma electrónica, y una evaluadora ciega a los procedimientos del estudio los contactaba telefónicamente para confirmar los criterios de inclusión –edad entre 18 y 70 años, presencia actual de un episodio depresivo mayor y no estar en tratamiento para la enfermedad depresiva– y para documentar datos sociodemográficos y la intensidad de la sintomatología depresiva. Para estos efectos se usó una entrevista que incluía el *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)²⁰ y el Inventario de depresión de Beck I (IDB-I)²¹.

El MINI es una entrevista diagnóstica estructurada que permite hacer diagnósticos DSM-IV, está disponible en distintos idiomas²⁰, entre ellos el español^{22,23}. Este instrumento es ampliamente utilizado en ensayos clínicos y ha sido usado previamente en Chile en la atención primaria por miembros de este equipo investigador^{12,24}.

El IDB-I es un instrumento auto-aplicado con 21 ítems, ampliamente utilizado en todo el mundo para medir sintomatología depresiva. Sus propiedades psicométricas son bien conocidas^{25,26}, no ha sido validado en Chile, pero ha sido utilizado por miembros de este equipo de investigación para evaluar el PNDDTD²⁷.

La variable primaria de resultado del estudio fue la sintomatología depresiva medida a través del IDB-I y la variable secundaria fue la satisfacción usuaria. Ambas variables fueron medidas basalmente y a los tres meses del diagnóstico basal.

Las evaluaciones de seguimiento fueron rea-

lizadas por una evaluadora ciega a los procedimientos del estudio.

Intervención

El grupo activo recibió una intervención compleja que incluyó una asesoría en línea al equipo médico local por parte de un psiquiatra y una monitorización telefónica del tratamiento dirigida a los pacientes por parte de una profesional de salud, que contactaba a los pacientes de la rama de intervención para preguntarles sobre la adherencia al tratamiento y sobre los efectos secundarios de los fármacos indicados. Este procedimiento fue utilizado previamente por parte de miembros del

equipo de investigación²⁸. Ambos profesionales estaban localizados en un nivel central –la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile–. Los datos clínicos de los pacientes del grupo activo eran ingresados por un miembro del equipo de atención primaria a una plataforma electrónica especialmente diseñada para estos efectos. El psiquiatra, utilizando la información ingresada a la plataforma por el equipo local y por la profesional del centro de llamadas, asesoraba al equipo local ingresando indicaciones en la plataforma electrónica y, excepcionalmente, entregando indicaciones telefónicamente al equipo de atención primaria (Figuras 1 y 2).



Figuras 1 y 2. Plataforma Electrónica Utilizada en el Programa Colaborativo de Tratamiento de Depresión en Atención Primaria

Los pacientes de la rama control recibieron el tratamiento usual garantizado para esta patología en el país.

Previo al inicio del estudio, todos los miembros de los equipos de salud mental locales recibieron una capacitación para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad depresiva de acuerdo al contenido de la Guía Clínica del MINSAL¹⁹.

Análisis de datos

Los datos fueron ingresados a una plataforma electrónica y extraídos desde allí para ser procesados mediante el paquete estadístico SPSS v. 20.0. Ambos grupos fueron comparados en relación a las variables basales con el objeto de explorar posibles diferencias entre ellos que pudieran sesgar los resultados. Se compararon ambos grupos en relación a las variables de seguimiento primarias y secundarias medidas a los 3 meses, utilizando los test de Student para comparar medias y test de χ^2 para comparar proporciones.

Resultados

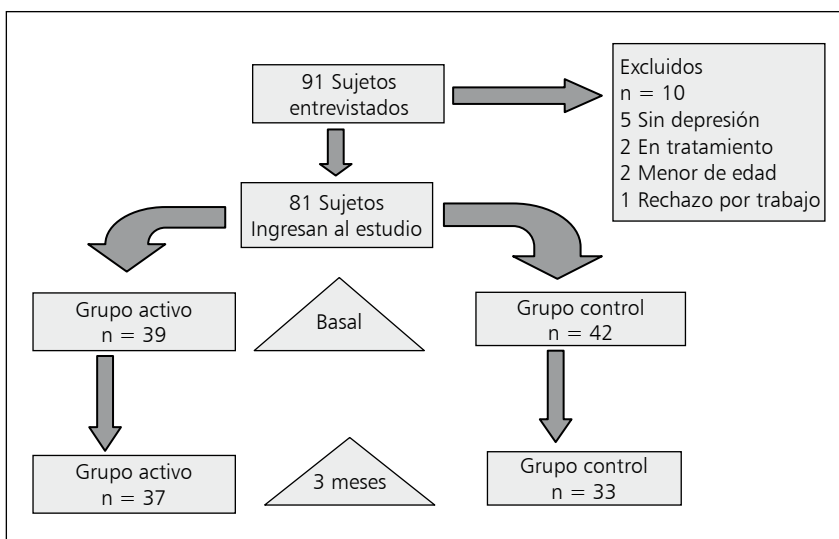
Se entrevistaron 91 personas consideradas por los médicos de los hospitales comunitarios que cumplían los criterios de episodio depresivo. Se excluyeron 10 que según el diagnóstico basal de la investigación no cumplían los criterios de inclusión o tenían un criterio de exclusión. De

este modo ingresaron 81 pacientes al estudio (Figura 3).

Descripción de la muestra: La muestra estuvo constituida por 68 mujeres y 13 hombres, con una edad promedio de 39,60 años (IC 95%: 36,68-42,53) y un promedio de 29,6 puntos (IC 98%: 27,6-31,6) en el Inventario de Depresión de Beck (IDB-I); 47,5% de las personas entrevistadas reconocían antecedentes previos de enfermedad depresiva y 37,8% de los entrevistados presentaban un riesgo suicidio alto, según el MINI. En la Tabla 1, se describen las características basales de la muestra, siendo ambos grupos similares en las variables medidas en la evaluación basal.

Resultados evaluaciones de seguimiento: 86,41% de la muestra (n = 70) logró ser reevaluada a los tres meses posteriores al diagnóstico basal. La variable principal de seguimiento fue el puntaje en el IDB-I a los 3 meses. A los tres meses de seguimiento, el grupo activo bajó de 30,0 (IC 95%: 27,0-32,8) a 15,3 (11,8-18,8) y el control de 29,2 (IC: 26,4-31,9) a 20,8 (IC: 16,8-24,7) puntos en el IDB-I, siendo esta diferencia estadísticamente significativa a favor de la intervención (t = 2,132; p = 0,037) (Tabla 2).

La variable secundaria de seguimiento fue la satisfacción usuaria a los 3 meses; 69,4% de la muestra del grupo control y 60% del grupo activo declararon estar satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Tabla 3).



Figuras 3. Flujo de Pacientes Ingresados al Protocolo.

Tabla 1. Características basales de la muestra

		Total (n = 81)	Grupo control (n = 42)	Grupo activo (n = 39)	Estadística (p)
Sexo	Masculino	13 (16,0)	6 (14,3)	7 (17,9)	0,201 ^a (0,766)
	Femenino	68 (84,0)	36 (85,7)	32 (82,1)	
Edad Prom. (I.C.95%)		39,60 (36,68-42,53)	40,33 (36,47-44,55)	38,82 (34,87-42,62)	0,512 ^b (0,610)
Estado civil (%)	Soltero/a	19 (23,8)	10 (23,8)	9 (23,7)	3,837 ^a (0,429)
	Conviviente	8 (10,0)	6 (14,3)	2 (5,3)	
	Casado/a	39 (48,8)	17 (40,5)	22 (57,9)	
	Anulado/Separado	14 (17,5)	9 (21,4)	5 (13,1)	
Escolaridad	Analfabeta	3 (3,8)	2 (4,8)	1 (2,6)	6,462 ^a (0,264)
	Básica	29 (36,3)	20 (47,7)	9 (23,7)	
	Media	34 (42,5)	13 (31)	21 (55,3)	
	Superior	14 (17,5)	7 (16,7)	7 (18,4)	
Ocupación	Dueña/o de casa	23 (29,1)	12 (28,6)	11 (29,7)	1,578 ^a (0,813)
	Estudiante	4 (5,1)	3 (7,1)	1 (2,7)	
	Trabajador/a	40 (50,6)	22 (52,4)	18 (48,6)	
	Cesante	9 (11,4)	4 (9,5)	5 (13,5)	
	Jubilado/pensionado	3 (3,8)	1 (2,4)	2 (5,4)	
Sintomatología depresiva (IDB) Promedio (I.C.95%)		29,6 (27,6-31,6)	29,2 (26,4-31,9)	30,0 (27,0-32,8)	-0,417 ^b (0,678)
Episodio depresivo previo n (%)		38 (47,5)	22(52,4)	20 (47,6)	0,845 ^a (0,244)
Riesgo de Suicidio	Sin	17 (23,0)	7 (18,4)	10 (27,8)	2,074 ^a (0,557)
	Leve	20 (27,0)	9 (23,7)	11 (30,6)	
	Moderado	9 (12,2)	5 (13,2)	4 (11,1)	
	Alto	28 (37,8)	17 (44,7)	11 (30,6)	

Tabla 2. Sintomatología depresiva a los 3 meses

		Basal n = 63	3 meses n = 57
IDB	Activo	30,0 (27,0-32,8)	15,3 (11,8-18,8)
	Control	29,2 (26,4-31,9)	20,8 (16,8-24,7)
T (p)		-0,417 (0,678)	2,132 (0,037)

Tabla 3. Evaluación de la atención por parte de los usuarios

	Control	Activo	Total	Estadística (p)
Muy malo				1,0250 ^a (0,914)
Malo				
Suficiente	1 (2,78%)	1 (3,33%)	2 (3,03%)	
Más que suficiente	2 (5,56%)	3 (10%)	5 (7,58%)	
Regular	8 (22,22%)	7 (23,33%)	15 (22,73%)	
Bueno	9 (25%)	10 (33,33%)	19 (28,79%)	
Muy bueno	16 (44,44%)	8 (26,67%)	24 (36,36%)	
No sabe		1 (3,33%)	1 (1,52%)	

a=Estadístico Chi. b=Estadístico t.

Discusión

Se trata de un estudio llevado a cabo en una zona geográfica apartada, en establecimientos en los cuales equipos de salud generales deben manejar pacientes deprimidos con escaso apoyo del nivel secundario.

La investigación tiene la fortaleza de haber logrado implementar una intervención compleja y un seguimiento de la muestra a los 3 meses con una pérdida menor a 15%. Sin embargo, tiene la debilidad de tratarse de un estudio con una muestra reducida. Además, la intervención implementada tiene distintos componentes cuya efectividad no pudieron ser medidas separadamente pues esto hubiese requerido un diseño metodológico distinto, es decir, un ensayo clínico con varias ramas lo que hubiese demandado una cantidad de recursos mayores.

El diagnóstico basal indica que los pacientes atendidos son fundamentalmente mujeres, con pareja estable, en la etapa media de la vida, con un buen nivel educacional y en su mayoría laboralmente activos, pero con sintomatología depresiva importante y con riesgo de suicidio. En un porcentaje importante, son pacientes que tienen antecedentes de haber sufrido episodios depresivos anteriormente. Estos datos son concordantes con la literatura internacional y nacional que indica que la depresión afecta más frecuentemente a mujeres en edad fértil²⁹.

Llama la atención el alto riesgo de suicidio de la muestra, sin embargo, existen estudios previos que han descrito altos niveles de ideación suicida en consultantes a la atención primaria en nuestro país³⁰. Un estudio realizado anteriormente en el Hospital de Frutillar llamaba la atención sobre conductas suicidas de pacientes atendidos en dicho centro por el equipo local³¹.

Este programa colaborativo logró disminuir la sintomatología depresiva de los pacientes tratados en comparación con los pacientes que fueron tratados por el equipo de salud general sin apoyo de un equipo especializado, lo que es concordante con estudios internacionales que han medido la efectividad de tratamientos colaborativos de la depresión^{15,22}. En comparación con los resultados del PNDDTD, el grupo activo de este estudio logra mejores resultados y el grupo control resultados similares, lo que implica que esta intervención puede agregar beneficios al PNDDTD²⁷. Ya el año

2006 un meta-análisis demostraba que los programas colaborativos eran más efectivos que el manejo usual de la depresión tanto por sus resultados a corto como a largo plazo y que los programas colaborativos que incluían supervisión por parte de psiquiatras lograban mejores resultados¹⁷. No se encontraron en la literatura estudios que hayan medido la efectividad de programas colaborativos en países en vías de desarrollo. Una reciente revisión adjudica los beneficios a largo plazo que los modelos colaborativos logran en el manejo de la depresión al hecho de haber incluido principios del tratamiento de las enfermedades crónicas³². Hoy día sólo falta avanzar en la implementación cuidadosa de este tipo de intervenciones.

Los programas colaborativos son complejos pues incluyen varios componentes por lo que es necesario avanzar en la investigación de los componentes más activos de los programas para focalizar su uso en la población que sufre la enfermedad³². En el caso de nuestra intervención los componentes eran el tratamiento del equipo de atención primaria que podía incluir farmacoterapia y psicoterapia, la supervisión en línea por parte de un equipo especializado y la monitorización telefónica del tratamiento por parte de una profesional de la salud y el diseño del estudio no nos permite concluir la contribución de cada componente en los resultados obtenidos.

La evaluación de la satisfacción usuaria demostró altos niveles de satisfacción usuaria con el tratamiento recibido y no encontró diferencias significativas entre el grupo que recibió la intervención y el control, lo que puede explicarse por el hecho que ambos grupos eran tratados por el equipo local y que era éste el que interactuaba con el equipo especializado a través de la plataforma electrónica.

Existe evidencia internacional que intervenciones a distancia son bien aceptadas por los usuarios que no tienen acceso a atención especializada de manera presencial^{33,34}.

Un programa de estas características puede ser útil para asesorar equipos de atención primaria de zonas apartadas del país. Futuros estudios deben evaluar la aceptabilidad que los equipos tienen de este tipo de intervenciones y su costo-efectividad. Estos deben considerar los cambios en la sintomatología y en la funcionalidad de los usuarios y los costos directos de la implementación del programa en conjunto con los indirectos, por ejemplo, la

variación de las derivaciones de pacientes desde zonas apartadas a los centros especializados, entre otras variables.

Referencias

- World Health Organization, *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, Press, W, Editor 2008.
- Vicente B, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S, Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chile* 2002; 130: 527-36.
- Kohn R, Levav I, de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. [Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority]. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18 (4-5): 229-40.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G, Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
- Florenzano R, Acuna J, Fullerton C, Castro C. [Comparative study of the frequency and features of emotional disturbances in patients in primary care clinics]. *Rev Med Chil* 1998; 126 (4): 397-405.
- Rojas G, Araya R, Fritsch R. Mental health, psycho social problems and primary care of health. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2000; 46 (2): 119-26.
- Sartorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, et al. An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Preliminary Report from the WHO Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 819-24.
- Araya R, Wynn R, Leonard R, Lewis G, Psychiatric morbidity in primary health care in Santiago, Chile. Preliminary findings. *Br J Psychiatry* 1994; 165 (4): 530-3.
- Araya R, Lewis GH, Rojas G, Mann AH. "Patient knows best"-detection of common mental disorders in Santiago, Chile: cross sectional study. *BMJ* 2001; 322 (7278): 79-81.
- Alvarado R, Numhauser J, Prevalencia de cuadros depresivos en mujeres adultas de la Isla de Chiloé y factores asociados. *Rev Chil Salud Pública* 2004; 8 (1): 7-17.
- Ministerio de Salud, Guía clínica tratamiento de personas con depresión, Subsecretaría de Salud Pública, Editor 2001, Ministerio de Salud Santiago, Chile.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Simon G, Peters TJ, Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-1000.
- Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G, Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (8): 1379-87.
- Ministerio de Salud, Programa de Salud Mental y Psiquiatría, 2001: Chile.
- Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Williams DK, Robinson DE, Mittal D, et al. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *J Gen Intern Med* 2007; 22 (8): 1086-93.
- Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW, Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329 (7466): 602.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ, Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166 (21): 2314-21.
- Fortney, JC, Pyne, JM, Edlund, MJ, Williams, DK, Robinson, DE, Mittal, D, et al., A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *J Gen Intern Med* 2007; 22 (8): 1086-93.
- Ministerio de Salud. Guía clínica tratamiento de personas con depresión, Subsecretaría de Salud Pública, Editor 2009, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20 (20s): 22-33; quiz 34-57.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
- Ferrando I, Bobes J, Gibert J, Lecrubier Y. Mini International Neuropsychiatric Interview, in *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria*, Bobes J, BM, González MP, Editor. 1997, Gofe: Oviedo.
- Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Iglesias C, Bascarán MT, et al. La MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): una familia de entrevistas de ayuda diagnóstica en Psiquiatría y Atención Primaria, in *Psiquiatría y otras especialidades médicas*, Gutiérrez M, Ezcurra J, González A, Pichot P, Editors. 1998, Grupo Aula Médica: Madrid. 401-19.
- Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, Gonzalez M, et al. Treatment of Postnatal Depression in Low-income Mothers in Primary Care Clinics in Santiago, Chile. A randomized Controlled Trial. *Lancet* 2007, 370: 1629-37.

25. Beck AT, Steer RA, Beck Depression Inventory (BDI), in *Handbook of Psychiatric Measures*, Association, AP, Editor. 2000: Washington D.C., USA. p. 519-23.
26. Beck AT, Steer RA, Gibin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8: 78-100.
27. Alvarado R, Rojas G. [Evaluation of the program for detection and treatment of depression in Chilean primary health care centers]. *Rev Med Chile* 2011; 139 (5): 592-9.
28. Fritsch R, Araya R, Solis J, Montt ME, Pilowsky D, Rojas G. Ensayo clínico randomizado de farmacoterapia con monitorización telefónica para mejorar el tratamiento de la depresión en la atención primaria en Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 2007; 135: 587-95.
29. Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *Scientific World Journal* 2012; 653098.
30. Linden M, Zäske H, Ahrens B, Correlates of suicidal ideation in general healthcare patients -Results of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care (WHO-PPGHC)*. *Int J Psych Clin Pract* 2003; 7: 17-25.
31. Escobar C, Rojas G. Conductas suicidas observadas en el hospital de Frutillar. Revisión de hospitalizaciones 2008-2009. *Rev Psiq Clin* 2010; 48 (2): 7-14.
32. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD006525.
33. Castro A, Larrain A, Fritsch R, Rojas G. [Feasibility of implementing tele-psychiatry in Chile]. *Rev Med Chile* 2012; 140 (6): 789-96.
34. Castro A, Rojas G. Telepsiquiatría para el tratamiento de trastornos mentales comunes en la atención primaria. *Rev Psiq Clin* 2011; 1: 25-34.