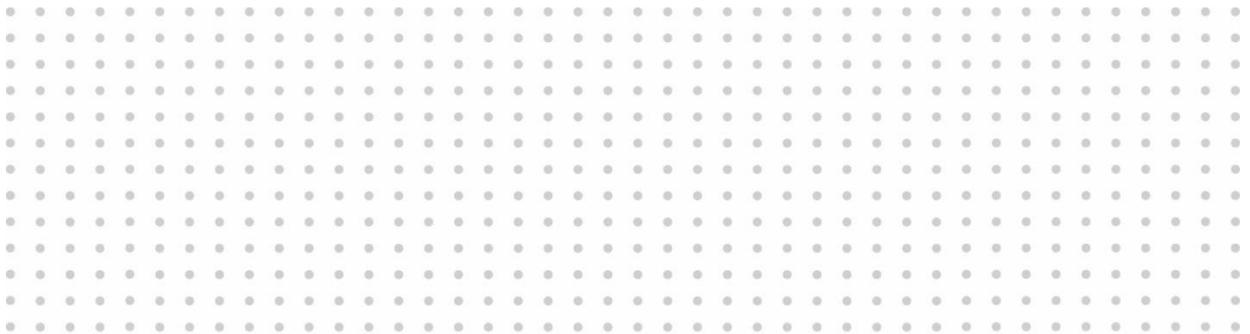


# REVISIÓN DE EVIDENCIA Y ANÁLISIS CAUSAL PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020

ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMA:  
*Salud mental: Depresión*

Santiago, 12 de julio 2019



Ministerio de Salud. "Revisión de Evidencia y Análisis Causal para la Evaluación Final de Periodo Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 análisis crítico de tema: Salud Mental: Depresión."

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Versión del documento: julio 2019

Diseño y Diagramación: Lilian Madariaga

## CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	METODOLOGÍA	5
2.1.	Análisis causal del problema	5
2.2.	Revisión de evidencia	5
3.	RESULTADOS	6
3.1.	Revisión de evidencia	6
3.2.	Análisis causal del problema	7
4.	DISCUSIÓN	17
5.	REFERENCIAS	18
6.	ANEXOS	23
6.1.	ANEXO 1. Estrategia de búsqueda	23

## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión se presenta como un reto de Salud Pública dentro de la esfera de la salud mental, ya que es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye a la carga mundial general de morbilidad (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas en el mundo tienen diagnóstico de depresión, generando alteración tanto a nivel de salud, económica y social. En caso de no estar compensada y no contar con una red de apoyo, la depresión puede ser vinculada a mortalidad por suicidio (1).

En la esfera económica y social, se ha vinculado con la disminución de la productividad en el trabajo, la reducción de las tasas de participación laboral, la pérdida de impuestos e ingresos y aumento en gastos sobre el sistema sanitario y social (2).

A su vez, la OMS informó en el año 2018, que más de la mitad de las personas afectadas por esta patología no recibieron ningún tipo de tratamiento; presentándose obstáculos para el acceso al servicio que van desde la falta de recursos, la falta de estandarización de las evaluaciones clínicas para trastornos mentales y personal capacitados, hasta la estigmatización de los trastornos de la esfera mental (1).

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud del 2017 (3), un 15,8% de la población tiene sospecha de cuadro depresivo (a través del instrumento de tamizaje aplicado Cidi Short Form), y en el año 2018 un informe del Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social, mediante el estudio longitudinal social de Chile (ELSOC) (4), refiere una prevalencia de un 18,3% de depresión en la población chilena, por sobre el 9,5% a nivel mundial para el mismo año (5).

En Chile ha existido un avance en la incorporación de políticas de salud mental en la agenda pública y en la implementación del Plan Nacional, generando una red de servicios integrada a la red general de salud (6). Sin embargo, existen desafíos en torno al acceso, la oportunidad en la atención y uso de servicios de salud mental, considerando que la búsqueda de atención en esta población supone una barrera importante (7). Además, de las personas que han sido diagnosticadas, sólo el 38,5% recibe algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria (8).

El análisis crítico de la Estrategia Nacional de Salud se enfocó en el objetivo de impacto de disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental: depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia. Sin embargo, en las mesas de trabajo se priorizó el tema de depresión debido a que es el trastorno de salud mental con mayor presencia y aumento en la población chilena en comparación con los otros trastornos.

Este informe presenta los resultados de la revisión exploratoria de evidencia para el tema de depresión, que tiene como objetivo identificar intervenciones que busquen disminuir la prevalencia de la discapacidad en personas con esta patología, a través de intervenciones que se orienten tanto al acceso como a la adherencia al tratamiento, etapas fundamentales en la cadena de atención a un paciente con cuadro de depresión.

## 2. METODOLOGÍA

En el marco del proceso del análisis crítico de cada uno de los temas del “Plan Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2011-2020”, se realiza una revisión exploratoria de evidencia para identificar intervenciones que busquen disminuir la prevalencia de la discapacidad en personas con depresión, a través del acceso y adherencia al tratamiento.

### 2.1. Análisis causal del problema

Se realizó un análisis preliminar en base a la cadena de resultados del Plan Nacional de Salud vigente. Esta etapa tiene como objetivo identificar factores determinantes del problema de depresión e intervenciones sanitarias que permitan abordar el acceso y la adherencia al tratamiento.

Este análisis es un proceso que se realizó en una sola búsqueda, la cual tiene como entregable dos diagramas causales, uno para los factores determinantes del acceso a tratamiento y otro para adherencia al tratamiento, los cuales se modificaron de manera iterativa a lo largo de las mesas de trabajo conformadas con motivo del proceso crítico.

### 2.2. Revisión de evidencia

Se realizó una búsqueda amplia de evidencia en MedLine® y EMBASE®, utilizando Ovid® como biblioteca virtual, a través del diseño de una estrategia de búsqueda, la cual fue previamente discutida y probada. La búsqueda se realizó el 21 de junio 2019, no se utilizaron filtros de año ni de idioma, y se enfocó en revisiones sistemáticas que midieran el efecto de intervenciones enfocadas en el acceso y adherencia al tratamiento de depresión.

La selección de títulos, resúmenes y textos completos fueron realizadas por 2 revisores independientes que discutieron cada uno de los disensos encontrados. En esta selección, los criterios de inclusión fueron: ser revisión sistemática, ser intervenciones enfocadas a población diagnosticada con depresión e intervenciones relacionadas con el acceso y adherencia al tratamiento. Además, se incluyeron todos los grupos etarios y todos los tipos de severidad de cuadros depresivos.

Se utilizó una adaptación de la metodología para scoping reviews(9), la revisión de los textos completos se realizó como la etapa de charting de un scoping review, donde cada artículo fue clasificado según qué intervención era evaluada.

Con la identificación de nuevas intervenciones, el análisis causal fue actualizado y, en caso de ser necesario, se agregaron otros factores determinantes del problema.

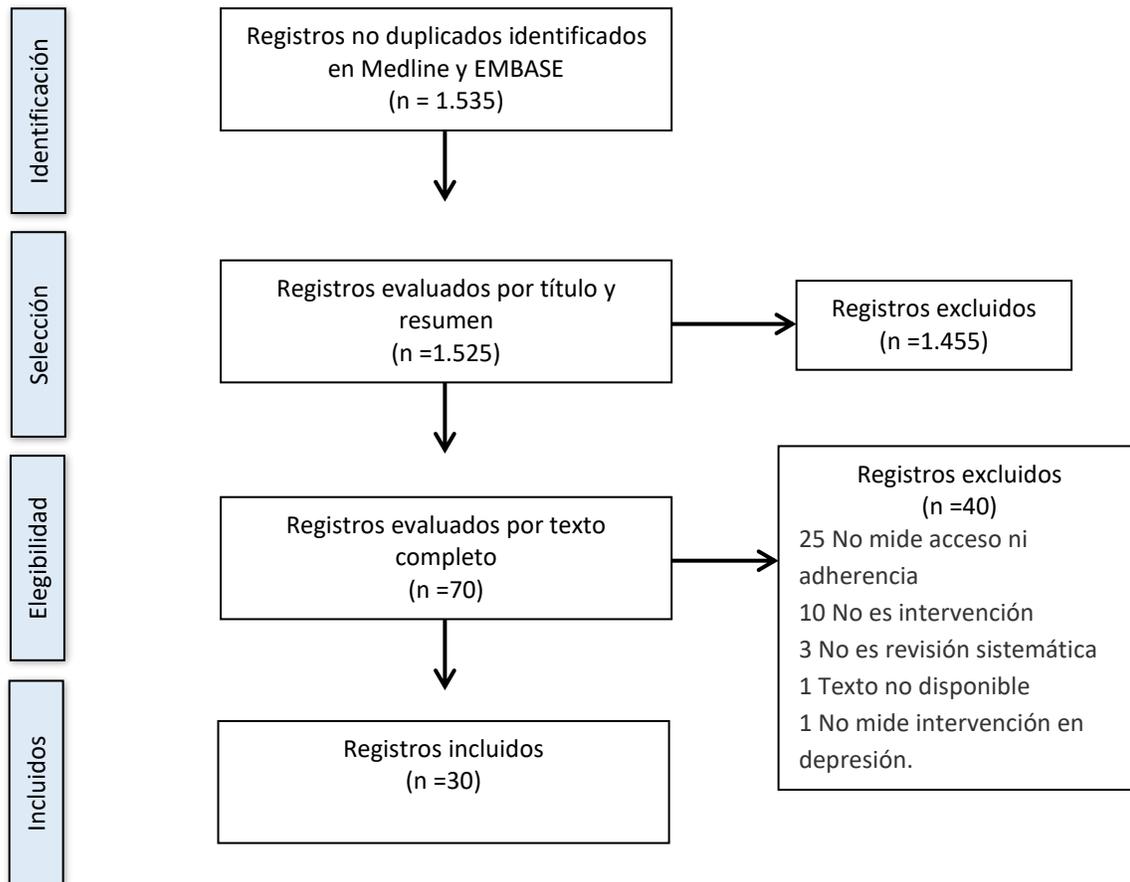
### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Revisión de evidencia

Los resultados de la búsqueda arrojaron 1525 referencias después de la eliminación de duplicados, las que fueron reducidas a 70 después de la selección por título y resumen. Luego, en la identificación por texto completo se eliminaron 40 más, quedando con un total de 30 revisiones sistemáticas a analizar (10–43) (Figura 1).

A través de esta revisión se identificaron 18 intervenciones, las que fueron incorporadas en el diagrama de análisis causal.

**Figura 1.** Resultados de búsqueda de evidencia realizadas para la identificación de revisiones sistemáticas utilizadas para identificar intervenciones que aborden la disminución la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental: depresión.

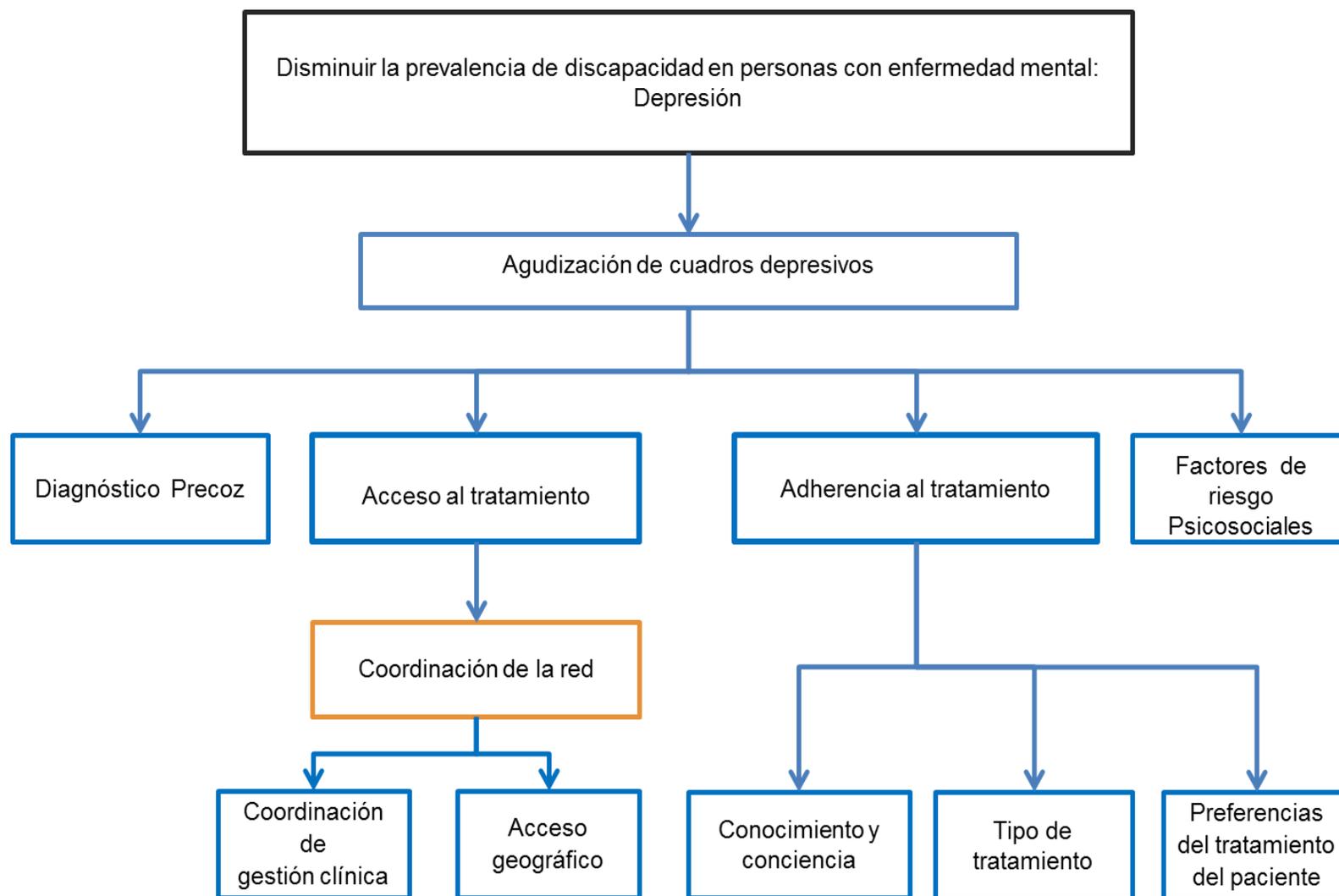


### 3.2. Análisis causal del problema

Al revisar las intervenciones abordadas por cada una de las revisiones sistemáticas seleccionadas se generó un árbol causal del problema, el cual se desglosa en las Figuras 2, 3 y 4. Estos diagramas describen los temas de acceso y adherencia al tratamiento de depresión, con el objetivo de impacto (OI) de disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental. Se identificaron dos factores determinantes para acceso a tratamiento y tres para adherencia:

- Acceso a tratamiento: Coordinación de gestión clínica, Acceso geográfico (figura 3).
- Adherencia al tratamiento: Conocimiento y conciencia, tipo de tratamiento y autonomía del paciente (figura 4).

**Figura 2.** Diagrama causal de los elementos que abordan el objetivo de impacto *Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedades mental: depresión*. El color naranja representa categorías temáticas, en azul factores y en negro el objetivo de impacto (OI).



En este primer diagrama se presenta que, para abordar el OI es necesario evitar la agudización de los cuadros depresivos, los cuales están influidos por cuatro elementos: el diagnóstico precoz y los factores personales, el acceso y adherencia al tratamiento. Estos dos últimos fueron el foco de la revisión exploratoria de la evidencia.

### **Acceso a tratamiento**

El tema de acceso fue incorporado en la búsqueda exploratoria, sin embargo, la búsqueda no arrojó documentos que midieran acceso a tratamiento por lo que las intervenciones mostradas en este apartado corresponden a revisiones sistemáticas que mencionan que dichas intervenciones tienen una relación con el acceso en general.

Para esta sección se considera **acceso** como "El uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores resultados de salud", que además debe cumplir con tres requisitos básicos(44):

- Obtener acceso al sistema de atención médica (y por ende al tratamiento requerido).
- Acceso a una ubicación donde se proporcionan los servicios de atención médica necesarios (disponibilidad geográfica).
- Encontrar un proveedor de atención médica en el que el paciente confíe y pueda comunicarse (relación personal).

**Tratamiento** son "acciones que los expertos en medicina aceptan como apropiado para determinado tipo de enfermedad y que los profesionales de la salud usan de manera amplia"(45). Para esta revisión se incluyó el uso de fármacos recetados y/o los psicoterapéuticos.

A través de las revisiones sistemáticas, se identificó una línea temática (coordinación de la red), en la que se desarrollan dos factores determinantes del acceso al tratamiento: la coordinación de la gestión clínica y el acceso geográfico. Además, se identificaron tres intervenciones y un modelo transversal de atención primaria con enfoque en salud mental (ver figura 3).

- Coordinación de la red: es la estructuración de los puntos de atención de salud y sus recursos que deben ser distribuidos de forma óptima. Considerando el grado de escasez de recursos (humanos o físicos), estos deben ser distribuidos según su nivel de concentración. Esta coordinación contribuye a la capacidad de un sistema de atención de salud para responder a las necesidades de salud de una población (acceso)(46).
- Coordinación de gestión clínica: pretende incrementar la eficiencia del sistema de salud, mejorar la utilización de los recursos y dotar a los profesionales de la

responsabilidad necesaria para que puedan tomar decisiones en beneficio de los pacientes, gestionando la demanda desde criterios éticos, epidemiológicos y científicos(47).

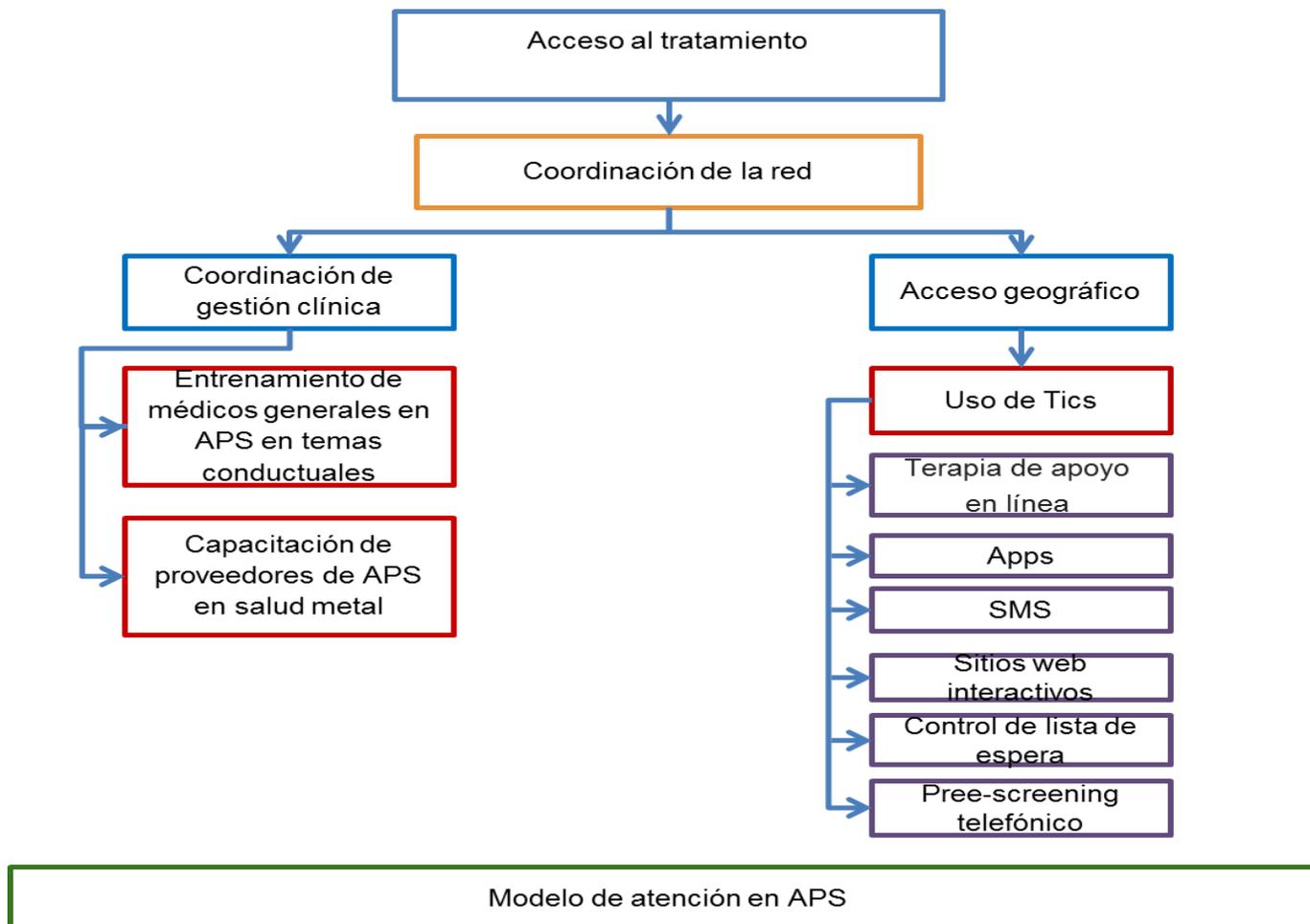
- Entrenamiento de médicos generales en APS sobre temas conductuales: los servicios de salud del comportamiento se integran en el entorno de atención primaria. Se busca una mejor detección de problemas de salud conductual mediante la colaboración entre proveedores de salud mental y personal en APS, donde los médicos generales reciben entrenamiento por parte de los especialistas en temas conductuales (28).
- Capacitación de proveedores en APS en salud mental: capacita a los líderes locales que se desempeñan en el sector salud con el objetivo de brindar educación clínica sobre temas de salud mental, identificación de grupos de pacientes potencialmente deprimidos y el seguimiento del uso de medicamentos o el acceso a psicoterapeutas capacitados (12).

– Acceso geográfico

- Uso de TICs: las Tecnologías de Información y Comunicación son intervenciones a través de recursos y herramientas para procesar, administrar y compartir la información mediante soportes tecnológicos (48), pueden o no utilizar internet: mhealth (celular), llamadas telefónicas, ehealth (electrónico), audio-video. Se busca la mejora de la accesibilidad al tratamiento y la retención de participantes, mediante el monitoreo de los síntomas, la actividad en tiempo real y el seguimiento del progreso del tratamiento(41).

Las intervenciones encontradas incluyen terapia de apoyo en línea, uso de APPS (p.ej. para auto test de depresión, técnicas de manejo de estrés o proporcionar información para implementar técnicas basadas en la evidencia para mejorar el estado de ánimo), SMS, sitios web interactivos, control de lista de espera y Pree-screening telefónico(14,27,30,41).

**Figura 3.** Diagrama causal de acceso al tratamiento. El color naranja representa categorías temáticas, en azul factores, en rojo las intervenciones encontradas en la revisión, en morado variantes de las intervenciones y en verde modelos de atención que son transversales a varios factores.



## Adherencia al tratamiento

Se ha definido adherencia como "la medida en que el comportamiento de una persona coincide con el consejo médico dado"(49).

A través de las revisiones sistemáticas, se identificaron tres factores determinantes dentro de la coordinación de la red y 18 intervenciones (ver figura 4).

### – **Conocimiento y conciencia**

#### *Redes de Salud mental*

- Uso Guías Clínicas Basada en Evidencia: esta intervención incluye desarrollo de pautas de tratamiento, y la derivación a atención especializada en salud mental(39), usualmente se manejan dentro de modelos de atención(35).
- Capacitación de proveedores en APS en salud mental: involucra el compromiso institucional, capacitando a los proveedores de APS para brindar educación a los pacientes sobre temas de salud mental, realizar psicoterapia breve para diferentes problemas de salud conductual, identificación de grupos de pacientes potencialmente deprimidos y el seguimiento del uso de medicamentos o el acceso a psicoterapeutas capacitados(33).
- Incentivos económicos para proveedores: proporciona incentivos financieros para el sistema de salud en función de la cantidad y calidad de los servicios de salud(50).
- Entrenamiento de médicos generales en APS en temas conductuales: los servicios de salud del comportamiento se integran en el entorno de atención primaria mediante la colaboración entre proveedores de salud mental y médicos en APS para resolver casos de tipo conductual, se busca mantener la atención del paciente en APS (28).
- Gestores de casos que apoyan proveedores de APS: Persona encargada del proceso organizacional y asistencial del programa de atención en salud mental en el nivel primario de atención (16,35).

#### *Redes de apoyo*

- Terapia de pareja: es un trabajo en parejas donde uno de los integrantes tiene diagnóstico de depresión. Se trabaja en la asociación que existe entre los síntomas depresivos de la persona diagnosticada y la angustia que esto genera en la relación, el efecto amortiguador de la intimidad y el apoyo interpersonal. La terapia de pareja busca modificar los patrones de interacción negativos y aumentar los aspectos de apoyo mutuo de las relaciones(22).

- Acompañamiento de apoyo (Befriending): Es una relación de apoyo unidireccional que tiene como objetivo aliviar la soledad y brindar apoyo social a través de la provisión de acompañamiento individual por parte de un voluntario al paciente, llamado “befriender” (34).

#### *Personas*

- Educación: estas intervenciones se dan en todo tipo de población (niños, adolescentes y adultos), donde uno de los objetivos es aumentar la adherencia al tratamiento. Abarcan información entregada en panfletos en torno a temas de depresión como enfermedad y su tratamiento, entrega de información verbal o escrita personalizada sobre los beneficios de la adherencia y efectos secundarios de los medicamentos. En ocasiones esta intervención se apoya de TICs como uso de videos, APPS, teléfono y/o sitios web (11,13,15,19,20,24,25,33,35–37,40–42).

#### – **Tipo de tratamiento**

- Terapia combinada: se refiere a la aplicación de terapias no farmacológicas de manera complementaria a la farmacológica con el objetivo de mejorar la eficacia, mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes y prevenir o retrasar la recurrencia (24,26).

#### *Farmacológico*

- Tratamiento de última generación: corresponde a la entrega de medicamentos con menos efectos secundarios, menor frecuencia de administración, formulación de disolución rápida, entre otras características (23,43).
- Prescripción y cambio de medicamento según protocolo: corresponde al manejo de los medicamentos y efectos adversos de los psicotrópicos en entornos ambulatorios. Esta intervención está diseñada para ser implementada por los farmacéuticos principalmente (10).
- Monitoreo y seguimiento: esta intervención incluye medidas comunes del cumplimiento de la medicación, el autoinforme del paciente, monitoreo electrónico, recuento de pastillas y registros de recarga. El monitoreo puede darse desde distintos actores: clínicos especialistas, APS, pacientes (automonitoreo), cuidadores y/o farmacéuticos (13,17,19,20,33,40,42). Una de la herramientas mencionadas para apoyar esta internación es la Provisión de calendarios de medicación (40). Además, en algunas intervenciones se incluye la retroalimentación de este monitoreo (13,33,40).
- Retroalimentación: ésta se da por parte de psiquiatras a los clínicos en APS, cuidadores, pacientes y/o farmacéuticos que llevan a cabo la intervención en salud

mental con respecto al seguimiento del tratamiento y mejora de resultados en los pacientes, usualmente está asociado a monitoreo de adherencia a medicamentos (13,33,40).

#### *No farmacológico*

- **Consejería:** intervenciones usualmente breves, dadas por un profesional, con el fin de mejorar la capacidad de toma de decisiones de los usuarios (51). Entre las consejerías para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de la depresión (24,33), una se enfocó en grupos específicos étnicos (17), mientras que otra busca ser aplicadas por farmacéuticos en la comunidad (19).
- **Psicoterapia:** la técnica psicoterapéutica utilizada en los estudios incluidos es la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y sus derivados: Terapia Inter Personal (TPI), sistema cognitivo de análisis conductual de la psicoterapia y terapia cognitiva basada en la atención plena, centrada en pacientes jóvenes y geriátricos (15,17,20,24,25,27,30,33,36,40,41).
- **TICs:** intervenciones a través de recursos y herramientas para procesar, administrar y compartir la información mediante soportes tecnológicos, pueden o no utilizar internet: seguimiento telefónico (17,33), intervenciones cognitivas y conductuales a través del internet (15,27,30,38), aplicaciones de salud mental en dispositivos móviles (15,41), coordinación vía herramientas tecnológicas con equipo Salud Mental de APS (35) y psico-educación a distancia (36).

#### – **Autonomía del paciente**

- **Tratamiento comunitario obligatorio:** permite que se establezca un requisito legal para que los pacientes se mantengan en contacto con los servicios de salud mental, mantengan su adherencia al tratamiento y/o reciban tratamiento en la comunidad. De no cumplir con el tratamiento o la asistencia a los servicios de salud, los profesionales de la salud mental tienen el derecho de devolver a un paciente al hospital contra su voluntad (52). Esta intervención está dirigida a pacientes con trastornos mentales severos (18).



A lo largo de esta revisión las intervenciones identificadas se muestran en color rojo. Sin embargo, varias de estas intervenciones forman partes de modelos o estrategias que incorporan más de una intervención por lo que los estudios evalúan la efectividad del modelo en su conjunto y no de las intervenciones aisladas. Se identificaron cinco intervenciones incluidas en modelos de atención, éstas se especifican en la tabla 1:

**Tabla 1.** Modelos de intervenciones

Modelo	Definición	Intervenciones
Cuidados colaborativos	Utiliza administradores de casos para vincular a los proveedores de APS, pacientes y especialistas en salud mental. Los administradores de casos brindan apoyo a los proveedores de APS con funciones como educar al paciente, el seguimiento de los resultados de la depresión, la adherencia al tratamiento y el ajuste del tratamiento para los pacientes que no mejoran (35).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación.</li> <li>- Uso Guías Clínicas Basada en Evidencia.</li> <li>- Gestores de casos que apoyan proveedores de APS.</li> <li>- TICs.</li> <li>- Retroalimentación.</li> </ul>
Programa de manejo de enfermedades	Son planes de tratamiento estructurados que tienen como objetivo ayudar a las personas a manejar mejor sus enfermedades crónicas, mantener y mejorar la calidad de vida. También se ejecutan con el objetivo general de mejorar el tratamiento médico a largo plazo (53) y mejorar la cooperación entre los diversos profesionales e instituciones que brindan atención (11,20).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso Guías Clínicas Basada en Evidencia.</li> <li>- Educación.</li> <li>- Terapia combinada.</li> <li>- Monitoreo y seguimiento.</li> <li>- Incentivos económicos para proveedores.</li> <li>- Capacitación de proveedores en APS en salud mental.</li> </ul>
Intervención de farmacéuticos	Participación del farmacéutico en contacto directo con el paciente, con el fin de mejorar el resultado del tratamiento otorgando ayuda en adherencia, reacciones adversas, administración del medicamento, entre otras; a través de la educación (10).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación.</li> <li>- Consejería.</li> <li>- TICs.</li> <li>- Monitoreo y seguimiento.</li> <li>- Retroalimentación.</li> <li>- Prescripción y cambio de medicamento según protocolo.</li> </ul>
APS del comportamiento	Los servicios de salud del comportamiento se integran en el entorno de atención primaria mediante la colaboración entre proveedores de salud mental y personal en APS (28).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento de médicos generales en APS en temas conductuales.</li> </ul>
Psiquiatría de enlace	Es un modelo de atención de salud mental en el que existe una interfaz entre los especialistas de salud mental y otros proveedores de atención de salud. El equipo de psiquiatría trabaja como un "enlace" entre el equipo médico primario y el paciente (12).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de TICs para hacer referencia facilitada de APS a segundo nivel.</li> </ul>

## 4. DISCUSIÓN

Esta revisión exploratoria de evidencia identificó 18 intervenciones, la cuales fueron ubicadas causalmente en diagramas que describen el tema salud mental: depresión. De esta forma, cada una de las intervenciones presentadas en este informe cuenta con al menos una revisión sistemática que evalúa su efecto sobre el acceso y adherencia al tratamiento.

Es de notar la menor cantidad de intervenciones en el tema de acceso en comparación a adherencia. Esto podría estar relacionado con lo que plantea Gulliford et al., 2002, el acceso a la atención médica es un fenómeno complejo que es muy difícil de definir (54). Al ser difícil de definir no es clara la forma de medir acceso. En general, las intervenciones van enfocadas a disminuir las barreras de acceso y aumentar la cobertura universal, por lo que las mediciones disponibles en la literatura van en torno a este aumento de cobertura (55). Además, varias de las intervenciones aquí mostradas existen dentro de modelos de atención en APS, por lo cual, los estudios primarios explican cada modelo como conjunto, pero no describen en detalle cada una de las intervenciones contenidas en éstos. Como resultado algunas de las intervenciones son poco claras en sus descripciones especialmente para acceso.

Una de las variantes encontradas en las intervenciones de adherencia es la propuesta de incorporar al farmacéutico en las intervenciones llevadas a cabo comúnmente por otros profesionales, p.ej. monitoreo, control de reacciones a medicamentos, educación, consejería (10,19,29,32,33,42).

Es importante destacar que esta revisión tiene como limitante el haber considerado únicamente revisiones sistemáticas y por lo tanto podría existir evidencia no considerada en este informe, al no estar incluida en revisiones sistemáticas de este problema de salud. Algunas de las intervenciones que han sido evaluadas y que no fueron reflejadas en esta revisión, son el aumento de oferta de prestadores de salud, asesoramiento e información al consumidor sobre servicios de salud, participación comunitaria, atención de salud culturalmente sensible, incentivos económicos para pacientes y/o usuarios, subsidios de transporte, supresión de las cuotas de usuario, entre otros (55).

No es del alcance de este informe evaluar el efecto de las intervenciones encontradas, lo cual será abordado como insumo para la conformación de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030.

## 5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2018 [citado el 9 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;
3. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017 Segunda entrega de resultados. Departamento de epidemiología. 2018.
4. COES entro de E de C y CS-. Resultados Primera Ola Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC) [Internet]. 2017 [citado el 9 de julio de 2019]. Disponible en: [www.elsoc.cl](http://www.elsoc.cl)
5. Opazo Sáez P. OMS: la depresión afecta a 350 millones de personas a nivel mundial | Nación Farma [Internet]. Nación Farma. 2018 [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: <https://nacionfarma.com/oms-la-depresion-afecta-a-350-millones-de-personas-a-nivel-mundial/>
6. Ministerio de Salud de Chile. Plan nacional de salud mental 2017-2025. 2017;206.
7. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Riesco P. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Med Chil*. 2007;135:1591–9.
8. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioeth*. 2016;22(1):51–61.
9. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018;169:467–73. Disponible en: <http://annals.org/>
10. Ali Al-Jumah K, Akhtar Qureshi N. Patient Preference and Adherence Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2012 [citado el 10 de julio de 2019];6–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S27436>
11. Badamgarav E, Scott Weingarten MR, James Henning MM, Kevin Knight M, Vic Hasselblad M, Gano A, et al. Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: A Systematic Review [Internet]. Vol. 160, *Am J Psychiatry*. 2003 [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org>
12. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [citado el 10 de julio de 2019];(9). Disponible en: [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
13. Heise BA, Van Servellen G. The Nurse's role in primary care antidepressant medication adherence. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2014 [citado el 10 de julio de 2019];52(4):48–57. Disponible en: [https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124866133/The\\_Nurse%27s\\_Role\\_in\\_Primary\\_Ca.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562777699&Signature=FvCts63Ji6fn9DsFFUX5GFNRFXl%3D](https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124866133/The_Nurse%27s_Role_in_Primary_Ca.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562777699&Signature=FvCts63Ji6fn9DsFFUX5GFNRFXl%3D)
14. Hennemann S, Farnsteiner S, Sander L. Internet and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: A systematic review and recommendations for future research. *Internet Interv* [Internet]. 2018 [citado el 9 de julio de 2019];14:1–17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.09.001>
15. Hollis C, Falconer CJ, Martin JL, Whittington C, Stockton S, Glazebrook C, et al. Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems: a systematic and meta-review. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado el 10 de julio de 2019];

- Disponibile en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124866818/hollis2016.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562777804&Signature=PthtzbhvysDL%2BmnJ8sJ340hllrw%3D>
16. Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado el 10 de julio de 2019];13. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/260>
  17. Interian A, Lewis-Fernández R, Dixon LB. Improving Treatment Engagement of Underserved U.S. Racial-Ethnic Groups: A Review of Recent Interventions. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2013 [citado el 10 de julio de 2019];64:212–22. Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124866025/interian2013.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562794519&Signature=rO4gdLX4QB13plhGNSJGkq6ZeE8%3D>
  18. Sr K, La C, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [citado el 10 de julio de 2019]; Disponible en: [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
  19. Milosavljevic A, Aspden T, Harrison J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *Int J Pharm Pract* [Internet]. 2018 [citado el 10 de julio de 2019]; Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124866733/milosavljevic2018.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562777851&Signature=mi%2F6MJxQMB7%2F9FXn4d6%2B9Zstrps%3D>
  20. Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease Management Programs for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Vol. 42, *Care*. 2004.
  21. Brownfield N. Homework in Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review of Adherence Assessment in Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2017 [citado el 10 de julio de 2019];40:625–639. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.001>
  22. Barbato A, Avanzo DB, Parabiaghi A. Couple therapy for depression ( Review ). *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(6).
  23. Nussbaumer B, Morgan LC, Reichenpfader U, Greenblatt A, Hansen RA, Van Noord M, et al. Comparative Efficacy and Risk of Harms of Immediate-versus Extended-Release Second-Generation Antidepressants: A Systematic Review with Network Meta-Analysis. *Springer Int Publ Switz* [Internet]. 2014 [citado el 10 de julio de 2019]; Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124866543/nussbaumer2014.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562796078&Signature=2aiCBxY4mvRCCstnxy4KexUyQLs%3D>
  24. Oestergaard S, Møldrup C. Improving outcomes for patients with depression by enhancing antidepressant therapy with non-pharmacological interventions: A systematic review of reviews. *R Soc Public Heal Publ by Elsevier* [Internet]. 2011 [citado el 10 de julio de 2019]; Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865943/oestergaard2011.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562777893&Signature=SeuKEiO6Doj6odpwuE%2B%2BQP2V%2B%2BE%3D>
  25. Pampallona S, Bollini G, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient Aherence in the treatment of depression. *Br J Psichiatr* [Internet]. 2002 [citado el 10 de julio de 2019]; Disponible en: <https://regroup->

- production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865783/pampallona2002.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562777924&Signature=lljgQDZA64jRsPxQDMZsPJSZKGg%3D
26. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression A Systematic Review. *Br J Psichiatr* [Internet]. 2002 [citado el 10 de julio de 2019];104–9. Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865803/pampallona2004.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562794816&Signature=nx2Sp3gyUZD5XTdbU5u6r1YRGNQ%3D>
  27. Pihlaja S, Stenberg J-H, Joutsenniemi K, Mehik H, Ritola V, Joffe G. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders – A systematic review. *Internet Interv* [Internet]. 2018 [citado el 9 de julio de 2019];11:1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.11.005>
  28. Possemato K, Johnson EM, Beehler GP, Shepardson RL, King P, Vair CL, et al. Patient outcomes associated with primary care behavioral health services: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado el 9 de julio de 2019];#pagerange#. Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124866920/possemato2018.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562696558&Signature=3evwQjLK8F%2FTOUzfWcFamUgz%2BHI%3D>
  29. Readdean KC, Parrott JS, Heuer AJ. Accepted Manuscript Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2017 [citado el 10 de julio de 2019]; Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124866896/readdean2017.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562790141&Signature=tb60jbd%2BIV5IveU21O8ucqo3QXw%3D>
  30. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2012 [citado el 9 de julio de 2019];32:329–342. Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865979/richards2012.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562697824&Signature=mPMVDzpuhIQG%2BBLJ9Yy8yMApXWo%3D>
  31. Rodgers M, Asaria M, Walker S, Mcmillan D, Lucock M, Harden M, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. *Health Technol Assess (Rockv)* [Internet]. 2012 [citado el 10 de julio de 2019];16(28). Disponible en: [www.hta.ac.uk](http://www.hta.ac.uk)
  32. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, March Pujol M, et al. Effectiveness of Pharmacist Care in the Improvement of Adherence to Antidepressants: A Systematic Review and MetaAnalysis. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2011 [citado el 10 de julio de 2019];45. Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865927/rubio-valera2011.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562790171&Signature=SHPX8VjAhe%2F6X020aR55fvc2Onk%3D>
  33. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2011 [citado el 10 de julio de 2019];65(9). Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865951/chong2011.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562772996&Signature=5RN6Wmhx5S7X6iMgOSdOMODv6ww%3D>

34. Siette J, Cassidy M, Priebe S. Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [citado el 10 de julio de 2019]; Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/>
35. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, Mcknight-Eily LR, et al. Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Prev Med* [Internet]. 2012 [citado el 10 de julio de 2019];42(5):525–38. Disponible en: [www.thecommunityguide.org](http://www.thecommunityguide.org).
36. Tofoli C, Francisco Juruena Mariana Flávia de Souza Tursi M, von Werne Baes C, Ribeiro de Barros Camacho F, Marcia de S. Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado el 10 de julio de 2019];47(11):47. Disponible en: <http://anp.sagepub.com/http://anp.sagepub.com/content/47/11/1019http://anp.sagepub.com/cgi/alertsEmailAlerts:http://anp.sagepub.com>
37. Vergouwen ACM, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving Adherence to Antidepressants: A Systematic Review of Interventions [Internet]. Vol. 64, *J Clin Psychiatry*. 2003 [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: [https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865798/Improving adherence to antidepressants a systematic review of intervent....pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562778201&Signature=5gqR825KxOka%252BjqNcK1OCOxnZdg%25](https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865798/Improving%20adherence%20to%20antidepressants%20a%20systematic%20review%20of%20intervent....pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562778201&Signature=5gqR825KxOka%252BjqNcK1OCOxnZdg%25)
38. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in Internet Interventions for Anxiety and Depression: Systematic Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2009 [citado el 10 de julio de 2019];11(2). Disponible en: <http://www.jmir.org/2009/2/e13/>
39. Unützer J, Harbin H, Schoenbaum M, Druss B. The Collaborative Care Model: An Approach for Integrating Physical and Mental Health Care in Medicaid Health Homes [Internet]. *Medicare & Medicaid Services* by the Center for Health Care Strategies and Mathematica Policy Research. 2013 [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.medicare.gov>.
40. Conn VS, Ruppert TM, Enriquez M, Cooper PS. Patient-Centered Outcomes of Medication Adherence Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Value Heal* [Internet]. 2015 [citado el 10 de julio de 2019];1–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2015.12.001>
41. Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch M-R, Christensen H. Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2013 [citado el 9 de julio de 2019];15(11). Disponible en: <http://www.jmir.org/2013/11/e247/>
42. García-Pérez L, Serrano-Aguilar P. Cost-Effectiveness of Interventions to Enhance Medication Adherence in Psychiatric Patients: A Systematic Review [Internet]. Vol. 6, *Current Clinical Pharmacology*. 2011 [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: <https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/124865942/garcia-perez2011.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJBZQODCMKJA4H7DA&Expires=1562777638&Signature=4VCKOFpnQ%2B1Ce4asbLyX%2BmmpTGI%3D>
43. Gelhorn HL, Sexton CC, Classi PM. Patient preferences for treatment of major depressive disorder and the impact on health outcomes: a systematic review. *Prim care companion CNS Disord* [Internet]. 2011 [citado el 10 de julio de 2019];13(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22295273>
44. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services., Millman ML. Access to health care in America. National Academy Press; 1993. 229 p.
45. Instituto Nacional del Cáncer EE. UU. Definición de tratamiento estándar - Diccionario de cáncer - National Cancer Institute [Internet]. [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/tratamiento-estandar>
46. Mendes EV. Las redes de atención de salud [Internet]. 2013 [citado el 11 de julio de 2019]. Disponible

- en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>
47. de Sancho JL, de Asís Jove F, Cortés Sanz M. Gestión Clínica en los Centros del INSALUD [Internet]. Madrid; 2001 [citado el 19 de julio de 2019]. Disponible en: [http://www.ingesa.mschs.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion\\_clinica.pdf](http://www.ingesa.mschs.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion_clinica.pdf)
  48. Universidad Autónoma de México. ¿Qué son las TIC? [Internet]. 2018 [citado el 21 de junio de 2019]. Disponible en: <http://tutorial.cch.unam.mx/bloque4/lasTIC>
  49. World Health Organization. Evidence for action World Health Organization 2003 [Internet]. 2003 [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1)
  50. Suthar AB, Nagata JM, Nsanzimana S, Bärnighausen T, Negussie EK, Doherty MC. Performance-based financing for improving HIV/AIDS service delivery: a systematic review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2017;17(1):6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28052771>
  51. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Consejería en Vida Sana. Manual de Apoyo [Internet]. 2018 [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: <https://inta.cl/wp-content/uploads/2018/03/consejeriasenvidasana.pdf>
  52. Barnett MP. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Artic Lancet Psychiatry [Internet]. 2018 [citado el 10 de julio de 2019];5:1013–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/>
  53. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). What are disease management programs (DMPs)? [Internet]. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2016 [citado el 10 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279412/>
  54. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibbs B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? PubMed Commons. J Heal Serv Res Policy. 2002;7(3):186–8.
  55. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Leslie Annear P, Van Damme W, Pdr L. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. Health Policy Plan [Internet]. 2011 [citado el 11 de julio de 2019]; Disponible en: [https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr\\_jacobs\\_ir\\_barriershealth2011.pdf](https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_jacobs_ir_barriershealth2011.pdf)

## 6. ANEXOS

### 6.1. ANEXO 1. Estrategia de búsqueda

Búsqueda exploratoria - Drogas Ilícitas

Fecha: 14-06-2019

(adolescen\* or teen\* or youth\* or young\* or juven\* or adult or adults or adulthood).ti,ab. (cannabi\* or Ganja\* or Hemp\* or bhang\* or marihuana\* or marijuana\*)Filtro systematic review

Medline= 104

Embase =18

Número de revisores: 2