

Mejoría de la calidad de vida en personas atendidas en el “Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria”, en Chile

Autores

Carmen Antini

Médica. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Rubén Alvarado

Médico Psiquiatra. Magíster en Salud Pública. PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios. Profesor Asistente de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correspondencia:

Carmen Antini Iribarra
Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Independencia 938. Santiago, Chile
ca_antini@med.uchile.cl

Resumen

El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto en la calidad de vida en personas que se atienden en un programa comunitario para el tratamiento de la depresión. La muestra estuvo constituida por 162 mujeres que se atendían en 7 centros de atención primaria. Se trata de un estudio de cohorte, donde se comparan los resultados entre quienes permanecieron en control y quienes lo abandonaron. Se compara dos evaluaciones, al ingreso y a los seis meses de seguimiento. La calidad de vida se midió con el Cuestionario SF-36 y la intensidad del cuadro depresivo con el Inventario de Depresión de Beck. Se encontró una mejoría significativa de la calidad de vida entre quienes permanecieron en tratamiento, lo que no se produjo entre los que abandonaron. Esta mejoría fue concomitante con la reducción del cuadro depresivo. Se concluye que el programa de tratamiento mejora la calidad de vida de estas mujeres.

Palabras clave

*Calidad de vida
Depresión*

Summary

The objective of this paper was to assess the impact on quality of life in persons assisted in a community based program for the treatment of depression. The sample included 162 women assisted in 7 primary care centers. It is a cohort study, where results are compared between those who stayed in the follow-up and those who dropped out. Two assessments are compared: at admission and after six months of follow-up. Quality of life was measured with the SF-36 Questionnaire, and the intensity of the depressive symptoms with the Beck Depression Inventory. A significant improvement of quality of life was found among those who kept in treatment, which was not seen in the ones who dropped out. This improvement was concomitant with the remission of the depressive syndrome. The conclusion is that the treatment program improves the quality of life of these women.

Key words

*Quality of life
Depression*

Introducción

El concepto calidad de vida relacionada con salud (CVRS) no es nuevo. Sin embargo, el progresivo aumento de las enfermedades crónicas observado en las últimas décadas lo ha posicionado como un indicador necesario al evaluar el estado de salud de las poblaciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), corresponde a la percepción de cada persona sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores según el cual se desenvuelve¹. Representa un concepto multidimensional que engloba aspectos sanitarios, sociales, educacionales y laborales, fuertemente influido por expectativas y experiencias individuales, que refleja una sumatoria de sensaciones subjetivas y personales de bienestar, siendo, por tanto, imposible de extrapolar de un sujeto a otro².

Su medición es compleja y requiere ser comparada con indicadores clínicos habituales. La evidencia disponible sugiere la necesidad de complementar mediciones de CVRS con indicadores clínicos de la enfermedad, ya que muestran una baja correlación entre ambos, lo que permite una comprensión más integral del proceso salud/enfermedad. A pesar de las dificultades para cuantificarla, es una variable de importancia para los servicios sanitarios debido a su fuerte asociación con aspectos relevantes en salud, siendo capaz de predecir de manera independiente mortalidad, hospitalización y consumo de recursos sanitarios, todos indicadores que aumentan en función de la gravedad de la enfermedad que se esté evaluando³.

La depresión representa actualmente una de las patologías crónicas más discapacitantes y costosas, con serias consecuencias para el paciente, su familia y la sociedad. De acuerdo con la OMS, es la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y con expectativas de alcanzar la segunda posición para el año 2020. Su elevada prevalencia, severidad, duración, alto consumo de recursos y discapacidad asociada, la posicionan como un serio problema que debe enfrentar la salud pública⁴. En Chile, la depresión mantiene las características antes mencionadas. De acuerdo con el último

“Estudio de Carga de Enfermedad en Chile y Carga Atribuible” realizado por el Ministerio de Salud del país, los trastornos depresivos unipolares se encuentran entre las cinco primeras causas específicas de AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad), lo cual refleja el alto impacto que tiene esta patología a nivel nacional⁵. Se estima que la prevalencia de vida para la *depresión mayor*, en la población general sobre 15 años, se encuentra cercana al 9%, afectando con mayor frecuencia a las mujeres⁶.

Para enfrentar la carga de morbilidad asociada a la *depresión*, el Ministerio de Salud de Chile comenzó a implementar en el año 2001 el “Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria” (PDDTD). Desde el año 2003 el programa alcanza una cobertura nacional⁷.

La organización de este programa permite que cualquier profesional del centro de salud que detecte un posible caso de depresión durante las evaluaciones de rutina, lo derive a médico o psicólogo del mismo consultorio, con la finalidad de confirmar el diagnóstico e ingresar al paciente a este programa estructurado de atención. El diagnóstico clínico está basado en los criterios de la CIE 10; además, el profesional a cargo verifica la gravedad del cuadro y evalúa una serie de condiciones consideradas de riesgo psicosocial dentro del contexto nacional. Si la intensidad de la depresión corresponde a un cuadro severo, el paciente es derivado a un centro de atención especializada que cuente con un equipo multidisciplinario encabezado por un médico psiquiatra. Si se diagnostica una depresión leve o moderada, el paciente es ingresado a un sistema de prestaciones regido por los criterios de una guía de práctica clínica, la cual incluye una evaluación por el equipo profesional (integrado por médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, que han sido capacitados especialmente para este fin), consultas de seguimiento bisemanales, farmacoterapia, psicoterapia individual y/o una intervención grupal. Esta última corresponde a una intervención de tipo psicoeducativa. Si la evolución del paciente es favorable, se mantiene este seguimiento (siempre en su

centro de salud) por un período de al menos seis meses. Por el contrario, si los resultados son insatisfactorios la guía establece la posibilidad de evaluación conjunta con un psiquiatra consultor e incluso la derivación a un centro especializado para continuar tratamiento. Al remitir el cuadro, el paciente es nuevamente derivado a su centro de salud para mantener el seguimiento⁷.

Debido a la relevancia que este programa tiene para Chile, en el año 2002 se realizó su evaluación mediante el seguimiento de una cohorte de pacientes, demostrándose una mejoría significativa en la sintomatología depresiva a los tres meses de tratamiento. De igual manera, el programa fue efectivo en la disminución de la intensidad de síntomas ansiosos y somatomorfos⁸.

Entre los años 2000 y 2001 se realizó un ensayo clínico controlado de tipo comunitario, en centros de atención primaria de Chile, que investigó la efectividad de un programa estructurado para tratar la depresión con enfoque multidisciplinario y monitoreo sistemático. Entre los instrumentos utilizados se aplicó el SF-36 para evaluar el impacto en la calidad de vida de las mujeres participantes. Este estudio demostró que la intervención era eficaz y a medida que mejoraba el cuadro depresivo se producía una mejoría concomitante en los puntajes obtenidos en el SF-36⁹.

Es conocido que el efecto observado en ensayos controlados se reduce cuando la misma intervención se aplica en condiciones habituales de funcionamiento de los servicios sanitarios. El objetivo de este trabajo es analizar si el conjunto de los tratamientos que reciben las pacientes dentro de este programa, permite mejorar su calidad de vida y si este cambio es concomitante con la reducción de los síntomas depresivos.

Material y método

Se realizó un estudio de cohorte que busca evaluar la efectividad del "Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria"

(PDDTD), en la mejoría del cuadro depresivo y en la calidad de vida.

La muestra estuvo compuesta por 162 pacientes ingresadas al programa entre el último trimestre del año 2003 y el primero del 2004, pertenecientes a 7 centros de Atención Primaria (en dos regiones de Chile). Debido a que la mayoría de las personas que ingresan para tratamiento en dicho programa son mujeres, la muestra estudiada solo incluyó personas de sexo femenino. Se solicitó el consentimiento informado a todas las participantes antes de ingresar al estudio. En esta investigación, los casos correspondieron a las pacientes que permanecieron en tratamiento durante los seis meses de seguimiento y los controles correspondieron al grupo de pacientes que abandonó su tratamiento.

Los criterios de inclusión al estudio fueron: ser mujer, edad entre 25 y 65 años, residencia estable y acceso telefónico. Los criterios de exclusión fueron: a) déficit sensorial o cognitivo que dificultara la capacidad de comprensión y/o comunicación con el entrevistador, b) embarazo y parto en los dos meses previos al estudio, para no contaminar el estudio con posibles cuadros depresivos asociados a este período.

Se consideraron las evaluaciones realizadas al ingreso y a los 6 meses posteriores. La entrevista estuvo a cargo de dos psicólogas, previamente capacitadas para esta investigación. Los instrumentos aplicados fueron:

- *Encuesta de antecedentes sociodemográficos.* Especialmente diseñada para esta investigación y que indaga edad, estado civil, nivel educacional y actividad laboral.
- *Inventario de Depresión de Beck (IDB).* Instrumento ampliamente utilizado a nivel mundial para evaluar intensidad del cuadro depresivo. Consta de 21 preguntas cuyas respuestas pueden ser analizadas como variables categóricas o continuas, de tal manera que mayor puntaje refleja mayor gravedad^{10, 11}.
- *Cuestionario de Calidad de Vida SF-36.* Instrumento diseñado para población \geq 14 años, de tipo genérico, autoaplicable

(aunque en determinados casos se acepta la administración mediante entrevista personal y telefónica), validado en diferentes poblaciones y que muestra un alto grado de consistencia interna y fiabilidad test-retest (ambas $>0,8$), por lo cual es ampliamente utilizado en investigación. Consta de 36 preguntas que miden 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El puntaje en cada una de ellas va de 0 (peor) a 100 (mejor)¹².

El diagnóstico clínico del cuadro depresivo fue realizado de acuerdo con los criterios de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas en Salud (CIE 10), según lo establecido por la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud chileno.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 11,5. Dado que las variables de resultado no muestran una distribución normal, para la comparación entre los dos grupos (en tratamiento y abandono) se utilizó la prueba de Mann-Whitney para muestras independientes y para la comparación del mismo grupo en dos momentos diferentes (al ingreso y a los 6 meses) se usó la prueba

de Wilcoxon para muestras dependientes. Adicionalmente, se usó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la variación concomitante de los cambios en los puntajes obtenidos en el IDB y el SF-36 al ingreso y a los seis meses.

Resultados

Descripción de la muestra

Los datos de la muestra se presentan en la Tabla 1. Estuvo constituida por 162 mujeres con un rango de edad entre los 25 y los 65 años, con un promedio de $45,0 \pm 10,6$ años. Dos tercios de la muestra tenían pareja estable: 51,2% casadas y 14,2% conviviente.

Un 58% de las mujeres tenía un nivel educacional superior a la enseñanza primaria (53% enseñanza secundaria o técnica y 5% universitaria). Solo 1% no tenía estudios formales. La mediana de años de escolaridad estuvo en 9, con un recorrido intercuartílico 25-75 entre 6 y 12 años, con un rango entre 0 y 20 años.

Edad	
▪ media y desviación estándar	45,0 \pm 10,6 años
▪ rango	entre 25 y 65 años
Estado civil	
▪ soltera	19 (11,7%)
▪ casada	83 (51,2%)
▪ conviviente	23 (14,2%)
▪ separada	28 (17,3%)
▪ viuda	9 (5,6%)
Nivel educacional (años de estudio)	
▪ mediana	9 años
▪ RI 25-75	entre 6 y 12 años
▪ rango	entre 0 y 20 años
Con trabajo remunerado	
▪ sí	50 (31,1%)
▪ no	111 (68,9%)
Diagnóstico del cuadro depresivo (CIE 10)	
▪ leve	20 (12,3%)
▪ moderado	101 (62,3%)
▪ severo	41 (25,3%)

Tabla 1

Características socio-demográficas y clínicas de mujeres ingresadas al "Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria", en Chile (n = 162)

Con respecto a la actividad laboral, 68,9% no realizaba trabajo remunerado y un 31,1% sí lo hacía. Entre estas últimas, un 44,4% tenía un trabajo estable y un 55,6% solo poseía un trabajo ocasional.

En cuanto a la severidad del cuadro depresivo en el momento del ingreso al programa, utilizando los criterios CIE 10, la mayoría fue clasificada con un trastorno de tipo moderado (62,3%), seguido de los cuadros severos (25,3%) y en menor proporción de los leves (12,3%).

Descripción de los tratamientos recibidos

Del grupo que ingresó al programa, 104 personas (64,2%) permanecieron en tratamiento durante los seis meses que duró el seguimiento, mientras que 58 (35,8%) lo abandonaron. La mayoría de los abandonos se produjo durante los tres primeros meses (86,2%), concentrándose en el primer mes (36,2%).

De las 104 mujeres que permanecieron en control, 67 de ellas (64,4%) asistieron en forma regular a sus controles (acudieron a más del 90% de las citas); 23 de ellas (22,1%) lo hicieron en forma irregular (asistieron entre el 50% y 90% de las citas que tenían); 8 de ellas (7,7%) asistieron en forma muy irregular (menos del 50% de sus controles); y 6 mujeres (5,8%) fueron dadas de alta durante este seguimiento.

Con respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico dentro del grupo que permaneció en control, en 82 casos (78,8%) se hizo en forma correcta y en 22 casos (21,2%) se realizó en forma inadecuada (utilizaban dosis menores a las indicadas, tomaban los medicamentos en forma irregular, etc.).

Entre las que permanecieron en control, a 51 mujeres (49%) se les indicó psicoterapia individual, pero solo 44 de ellas acudieron a esta actividad (42,3%). Entre estas últimas, 29 acudieron a todas las sesiones (65,9%) y otras 15 lo hicieron en forma intermitente (34,1%).

En cuanto a la participación en la intervención grupal, esta fue indicada en 46 casos

(44,2%), pero solo acudieron a esta actividad 36 de ellas (34,6%). Entre las que lo hicieron, 22 fueron a todas las sesiones (61,1%) y 14 solo a algunas (38,9%).

Calidad de vida en el momento del ingreso al programa

En la Tabla 2 se presentan los puntajes para cada una de las dimensiones del SF-36 en el momento del ingreso, tanto para el grupo que posteriormente se mantendrá en control hasta los 6 meses, como para aquellos que abandonan su tratamiento durante este período.

Las dimensiones donde se encontraron los puntajes más bajos para ambos grupos fueron: rol emocional, salud mental, vitalidad, salud general y dolor corporal.

En la tabla se puede apreciar que en todas las dimensiones del SF-36 el grupo que abandona tiende a tener mejores puntajes que el grupo que se mantiene bajo control. Estas diferencias se acentúan en el caso de las dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal y función social, donde resultaron ser estadísticamente significativas.

Al considerar el promedio de las dimensiones del SF-36, el grupo que abandona tuvo un puntaje de $49,6 \pm 16,3$ y en el grupo que se mantuvo en control fue de $41,3 \pm 18,9$, diferencia que fue estadísticamente significativa ($p = 0,003$).

Comparación de la calidad de vida entre el ingreso y los 6 meses de seguimiento

La Tabla 2 presenta los resultados para cada una de las dimensiones del SF-36 al ingreso y a los 6 meses de seguimiento, para ambos grupos. Se puede apreciar que el grupo que se mantuvo bajo control logró una mejoría en todas las dimensiones y esta variación fue estadísticamente significativa. En cambio, en el grupo que abandona su tratamiento se observa una cierta tendencia a la mejoría en la mayoría de las dimensiones (cuya magnitud

Dimensión del SF- 36	puntaje al ingreso	puntaje a los 6 meses	comparación ingreso v/s 6 meses
Función física			
▪ se mantiene en control	63,0 ± 24,2	71,2 ± 28,1	0,001
▪ abandona	74,5 ± 20,3	74,7 ± 19,6	0,964
comparación entre grupos	0,004		
Rol físico			
▪ se mantiene en control	42,5 ± 45,0	61,8 ± 45,8	0,001
▪ abandona	58,2 ± 45,0	67,2 ± 47,2	0,198
comparación entre grupos	0,031		
Dolor corporal			
▪ se mantiene en control	39,9 ± 25,8	53,5 ± 25,1	< 0,001
▪ abandona	49,2 ± 26,2	53,1 ± 24,9	0,452
comparación entre grupos	0,039		
Salud general			
▪ se mantiene en control	39,7 ± 18,2	49,2 ± 22,8	< 0,001
▪ abandona	41,6 ± 16,4	46,6 ± 20,5	0,053
comparación entre grupos	0,829		
Vitalidad			
▪ se mantiene en control	36,1 ± 19,4	50,6 ± 24,6	< 0,001
▪ abandona	38,7 ± 16,7	43,9 ± 21,6	0,093
comparación entre grupos	0,338		
Función social			
▪ se mantiene en control	48,9 ± 30,0	80,0 ± 30,1	< 0,001
▪ abandona	64,0 ± 27,4	60,8 ± 32,6	0,525
comparación entre grupos	0,004		
Rol emocional			
▪ se mantiene en control	26,0 ± 40,5	62,2 ± 46,5	< 0,001
▪ abandona	31,6 ± 43,4	47,1 ± 47,9	0,131
comparación entre grupos	0,362		
Salud mental			
▪ se mantiene en control	34,2 ± 17,5	53,6 ± 23,3	< 0,001
▪ abandona	39,0 ± 14,5	42,2 ± 21,2	0,411
comparación entre grupos	0,081		

Tabla 2

Calidad de vida en mujeres en el "Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria", al ingreso y a los 6 meses de seguimiento (n = 162)

es inferior a la observada en el otro grupo); sin embargo, en ninguna de ellas este cambio resultó ser estadísticamente significativo.

Respecto de la variación para el promedio de todas las dimensiones del SF-36, el grupo que se mantuvo en control mejoró desde un puntaje de $41,3 \pm 18,9$ a un puntaje de $59,2 \pm 22,8$, lo que implica una variación en 17,9 puntos, la que fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En cambio, en el grupo que abandonó su tratamiento el puntaje varió desde $49,6 \pm 16,3$ a $54,4 \pm 23,2$, con una variación de 4,8 puntos, que no fue estadísticamente significativa ($p = 0,257$).

Asociación de la variación entre la calidad de vida y la intensidad del cuadro depresivo

Tal como se señaló previamente, la intensidad del cuadro depresivo se midió con el puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck (IDB). El grupo que se mantuvo bajo control disminuyó su puntaje desde $26,0 \pm 9,6$ a $15,3 \pm 11,4$, variación que fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En el grupo que abandonó sus controles el puntaje pasó desde $21,7 \pm 7,7$ a $18,9 \pm 10,9$, disminución que no fue estadísticamente significativa ($p = 0,068$).

La correlación entre la variación del puntaje para el IDB y el SF-36 fue elevada, tanto para el grupo que se mantuvo en control ($r = 0,594$, $p < 0,001$) como para el grupo que abandonó ($r = 0,668$, $p < 0,001$). Esto indica una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y la apreciación de la calidad de vida que hacen las mujeres que participaron en este estudio.

Discusión

Actualmente existe consenso a nivel internacional sobre la gran carga de enfermedad que supone la depresión, lo que estimula la búsqueda de terapias eficaces, dirigidas no solo a disminuir la sintomatología de esta patología, sino además a restaurar de manera integral el estado de salud de la persona afectada¹³. Una vez que la eficacia ha sido demostrada, el paso siguiente es instalar esta intervención en los servicios sanitarios, logrando una buena aceptabilidad social, una elevada calidad en su aplicación, una adecuada relación de eficiencia y especialmente, una buena efectividad. No es infrecuente que los buenos resultados obtenidos en ensayos clínicos controlados no mantengan esta capacidad cuando se aplican en forma amplia en los servicios sanitarios¹⁴. El presente estudio buscó evaluar esta situación, en el contexto del desarrollo de un programa comunitario para el tratamiento de la depresión, que hoy tiene una cobertura nacional.

Por otra parte, existe evidencia sobre la peor calidad de vida que muestran individuos con trastornos mentales, tales como la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico o la ansiedad social en comparación con el resto de la comunidad¹³. Tampoco en estos casos ha sido estudiado el impacto que produce el tratamiento en la calidad de vida de estas personas. La mayoría de las veces se trata de ensayos clínicos controlados, los que en virtud de obtener una alta validez interna sacrifican parte de la validez externa; el mayor control sobre las variables implica un alejamiento del conjunto y complejidad de la realidad poblacional que abordan cotidianamente los servicios sanitarios.

La revisión sistemática realizada por Badamgarav et al.¹⁴ concluye que los programas comunitarios para el tratamiento de la depresión muestran ser efectivos; sin embargo, en la mayoría de los casos se utilizó el cambio en la sintomatología depresiva para medir los resultados y casi nunca se evaluó el cambio en la calidad de vida. En el caso de Chile, se ha reportado la efectividad de este programa para la mejoría del cuadro depresivo en los primeros tres meses⁸, pero no se había estudiado los posibles cambios en la calidad de vida y por un período de tiempo más prolongado.

En la presente investigación, los resultados obtenidos en el cuestionario SF-36 en el momento del ingreso a tratamiento, los puntajes se encuentran por debajo de los rangos considerados óptimos¹², lo cual refleja el impacto de la depresión en el desenvolvimiento global de los pacientes. Estos resultados son concordantes con investigaciones que demuestran que pacientes con cuadros depresivos muestran un severo compromiso de la calidad de vida, cuyo nivel se encontraría bajo el 10% del rango considerado normal para la comunidad¹³.

En la comparación de los resultados observados a los 6 meses de seguimiento entre el grupo que se mantuvo bajo control y el que abandonó, se observó que el primer grupo mostraba una clara mejoría en todas las dimensiones de la calidad de vida que fueron valoradas, lo que no sucedió con el grupo que deja su tratamiento. Esto demuestra que el programa es efectivo para este ámbito y no solo para la reducción de los síntomas depresivos⁸. Este hallazgo es concordante con un ensayo clínico controlado realizado en centros de atención primaria chilenos, que comparaba dos modalidades de tratamiento para la depresión (una era equivalente al programa actual y la otra era el tratamiento médico habitual) y que tuvo un mayor grado de control sobre las variables⁹. En este estudio, la modalidad de tratamiento propuesto mostraba un impacto positivo en la puntuación del SF-36 para las dimensiones salud mental, rol emocional, funcionamiento social y vitalidad, a los tres y seis meses de intervención⁹.

Por otra parte, los resultados mostraron que existe una estrecha correlación entre los cambios que se refieren al estado clínico y los que se refieren a la calidad de vida. Esto permite fundamentar el planteamiento de que es el programa de tratamiento lo que produce la mejoría en la calidad de vida. Es muy probable que en este efecto se esté incorporando una diversidad de condiciones o variables intervinientes –tales como el apoyo social, la autoestima u otras–, pero independientemente de los mecanismos que subyacen a este cambio lo importante es que se logra una mejoría en la persona. En estudios posteriores será necesario profundizar en estos aspectos para comprender mejor la forma en que se obtienen estos resultados positivos.

Finalmente, creemos que los resultados obtenidos en este estudio permiten afirmar que el programa de tratamiento que se lleva a cabo en Chile mantiene una buena efectividad y es útil para los pacientes que reciben estas atenciones, tanto para la mejoría del cuadro clínico como para una variación positiva del estado general de su salud (calidad de vida).

Referencias bibliográficas

1. **González J, Yentzen G, Alvarado R.** Calidad de vida en usuarias del programa de tratamiento de la depresión en atención primaria. *Rev Chil Salud Pública* 2005; 9:146-153.
2. **Velarde E, Ávila C.** Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México* 2002; 44:349-361.
3. **Alonso J.** La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit* 2000; 14:163-167.
4. **Paton J, Jenkins R, Scott J.** Collective approaches for the control of depression in England. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:423-428.
5. Ministerio de Salud, Chile (MINSAL). Subsecretaría de Salud Pública. Estudio de carga de enfermedad en Chile y carga atribuible. Santiago, Chile. Julio, 2008.
6. **Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1362-1370.
7. Ministerio de Salud, Chile (MINSAL). Guía clínica para la atención primaria. La depresión: detección, diagnóstico y tratamiento. Santiago, Chile: Unidad de Salud Mental y Departamento de Modelo de Atención del Ministerio de Salud; 2001.
8. **Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, Muñoz M.** Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18:278-286.
9. **Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G et al.** Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 995-1000.
10. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al.** An inventory of measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:53-63.
11. **Beck AT, Steer RA.** Beck Depression Inventory (BDI). In: American Psychiatric Association (ed). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC, USA; 2000, pp. 519-523.
12. **Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J et al.** El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19:135-150.
13. **Rapaport M, Clary C, Fayyad R, Endicott J.** Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1171-1178.
14. **Badamgarav E, Weingarten SC, Henning JM et al.** Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2003; 160:2080-2090.