

# Uso de telepsiquiatría para apoyar la atención primaria de salud mental en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos: resultados preliminares

Matías Irrázaval D.<sup>(1)</sup>, Adrian Mundt<sup>(2)</sup>, Pablo Martínez D.<sup>(2)</sup>, Olga Fernández G.<sup>(2)</sup>, Graciela Rojas C.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>*Departamento de Salud Mental, DIPRECE/Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud*

<sup>(2)</sup>*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, HCUCH*

## SUMMARY

The aim of this study was to present preliminary results of a video-based consultation-liaison psychiatry service (telepsychiatry) to enhance the delivery of mental health services in primary health care (PHC) for institutionalized children and adolescents (ICA). A mixed-methods study was carried out at two PHC clinics in Quilpué, Chile, to assess the feasibility of a telepsychiatry service (TPS). TPS consisted of bimonthly, remotely conducted video-conference sessions between PHC teams and child and adolescent consultant psychiatrists located at the Psychiatric University Hospital in Santiago, to discuss mental health problems of ICA. During July to December 2018 thirteen TPS sessions were carried out, and a total of 15 ICA were discussed to elaborate diagnostic and/or therapeutic recommendations. The intervention was useful and acceptable to PHC providers. Participants perceived that better coordination between substitute care facilities and PHC clinics would be useful, and that training opportunities to address the mental health needs of ICA were required. A TPS to enhance the delivery of mental health services in PHC for ICA was feasible, further studies are needed to determine benefits for ICA.

## INTRODUCCIÓN

En Chile, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) es el responsable de proteger a niños, niñas y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos, carentes de entorno familiar o infractores de ley, a través de programas ambulatorios y residenciales<sup>(1)</sup>. Al año 2016, más de 14 mil niños vivían en 251 instituciones sustitutas<sup>(1)</sup>.

Una investigación realizada por el Comité de Derechos del Niño ha alertado de la situación de salud mental de los NNA institucionalizados, con prevalencias del 69.1% y 68.6% para trastornos mentales y síntomas depresivos, respectivamente<sup>(1)</sup>. Las alarmantes necesidades en salud mental detectadas en los infantes vulnerados no se conciben con “la disponibilidad limitada de acceso a servicios de salud mental; (...) la ausencia de planes para NNA con problemas de salud mental (...), la falta de capacitación y control del personal de trato directo en el suministro arbitrario de psicofármacos”<sup>(1)</sup>, evidenciadas en las instituciones sustitutas.

Para enfrentar esta situación a partir del año 2017 el Ministerio de Salud (MINSAL), el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA) y el SENAME iniciaron la implementación del Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley 20.084<sup>(2)</sup>. Este sistema se apoya en una política exitosa de salud mental desarrollada en el país que ha integrado la salud mental en la Atención Primaria (APS)<sup>(3)</sup>. La nueva propuesta pretende mejorar el vínculo entre las residencias de SENAME y los centros de salud familiar (CESFAM) de la APS para lograr la atención oportuna de los NNA y asegurar la continuidad de sus cuidados.

Esta iniciativa requiere del trabajo de coordinación entre los equipos de APS y los servicios de salud mental especializados para el manejo de los problemas de salud mental de los usuarios. En Chile, esta colaboración se capitaliza a través de la consultoría de salud mental, instancia de coordinación y definición de responsabilidades compartidas entre la APS y el nivel de especialidad en salud mental<sup>(4)</sup>. Esta colaboración no siempre es posible dada la distribución desigual de los recursos de salud mental especializados en el país, lo que dificulta la capacidad resolutoria de los equipos de APS<sup>(5-6)</sup>.

La integración de soluciones tecnológicas puede facilitar esta colaboración en aquellas zonas geográficas que carecen de servicios de salud mental especializados, innovación que ha probado ser efectiva para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental en distintos grupos etarios y étnicos en una variedad de contextos, obteniendo resultados comparables a la atención cara a cara<sup>(7)</sup>. En Chile<sup>(8)</sup> experiencias pilotos que han implementado intervenciones de colaboración a distancia entre equipos de salud de APS y especialistas en salud mental, a través de un sistema de fichas electrónicas compartidas, han promovido una mayor adherencia y satisfacción con el tratamiento en pacientes deprimidos de zonas remotas<sup>(9-10)</sup>.

Si bien los recursos tecnológicos ofrecen una serie de alternativas de fomento y apoyo a la colaboración entre los distintos niveles de atención, efectuar consultorías de salud mental interactivas y en vivo mediante el uso de videoconferencias (“telepsiquiatría”) puede resultar particularmente atractivo, ya que requiere de poca adaptación al permitir a proveedores de salud en distintas ubicaciones geográficas interactuar como si se reunieran en la misma sala<sup>(11)</sup>. El objetivo de esta comunicación es dar a conocer resultados preliminares de un servicio de telepsiquiatría (STP) basado en la consultoría de salud mental

para mejorar los servicios de salud mental que reciben en la APS los NNA institucionalizados en organismos administrados y/o supervisados por SENAME.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Diseño**

Se combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación para explorar la factibilidad de implementación de un STP. Estas técnicas se articularon bajo un diseño de tipo anidado secuencial que anexó componentes cualitativos en forma previa y posterior a la realización de un componente cuantitativo central<sup>(12)</sup>. El componente cuantitativo correspondió a un diseño cuasiexperimental pre y post test sin grupo control, para evaluar el efecto potencial de la intervención en desenlaces a nivel de establecimientos de APS. En forma previa a la intervención, un primer componente cualitativo exploró las necesidades y expectativas de los equipos de APS frente a la intervención, mientras que un componente cualitativo postintervención permitirá comprender el significado atribuido a los servicios de salud mental y los esfuerzos de implementación desde la perspectiva de los equipos de APS.

### **Participantes**

Este estudio se efectuó en centros de APS de la Municipalidad de Quilpué en la Quinta Región. En cada uno de los establecimientos de salud participaron los equipos de APS (médicos generales y psicólogos) que proveyeron de atención directa a NNA institucionalizados y que requerían de consultoría de salud mental para el manejo de casos durante 6 meses.

### **Intervención**

El STP comprendió la infraestructura técnica, las medidas de seguridad y los protocolos necesarios

para la colaboración a distancia entre equipos de APS que atienden directamente a NNA institucionalizados junto con psiquiatras infanto-juveniles ubicados en la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU) del Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) y en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Pino, en Santiago.

El STP operó bajo la modalidad de un servicio de videoconferencia basado en computadores, adhiriéndose a estándares de comunicación y seguridad para voz sobre Protocolo de Control de Transmisión/Protocolo de Internet (TCP/IP). Las sesiones de videoconferencia se realizaron a través de una plataforma segura de tratamiento en línea: transmisión de datos efectuada a través de una red cerrada (red del Ministerio de Salud a la Red Universitaria Nacional y luego a la Red del Hospital Clínico Universidad de Chile); asignación personalizada y custodiada de contraseñas para el acceso exclusivo a esta red. Las sesiones de videoconferencias no fueron grabadas y se efectuaron usando el software Vidyo.

La intervención (STP) se basó en la consultoría de salud mental, adhiriendo a los protocolos establecidos en las "Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental" del MINSAL<sup>(4)</sup>, por lo que fue indicada en caso de requerirse: 1) ayuda diagnóstica; 2) orientación para el manejo en casos que no responden al tratamiento; y 3) evaluación de pertinencia y priorización de derivación a servicios especializados de salud mental. No se incluyeron atenciones presenciales de NNA ni atenciones de urgencia, en cuyo caso el equipo estaba entrenado para derivar a los servicios especializados de salud mental correspondientes. Tampoco se realizaron consultas por controles regulares de salud mental pertenecientes a población NNA general. Se planificó que cada sesión de STP tuviera una duración de 90 minutos y fuera efectuada dos veces al mes por equipo de APS participante durante un

período de seis meses. Participaron dos psiquiatras infanto-juveniles, uno para cada establecimiento de APS. La primera sesión de STP se inició el mes de julio y la última el 9 de enero para cada establecimiento.

### **Procedimientos**

Para la implementación de STP se crearon entre los meses de diciembre a junio de 2018 las condiciones necesarias en los centros de APS y en la CPU-HCUCH (obtención de permisos, traslados e instalación de equipos, coordinación anticipada de los establecimientos de APS y los psiquiatras infanto-juveniles para la calendarización de las sesiones de STP, entrenamiento de los equipos de APS y de los psiquiatras infanto-juveniles, pilotaje y las pruebas de conectividad entre los sitios de estudio).

Previo a cada una de las sesiones, los equipos de APS debían: priorizar los casos de NNA a tratar en cada sesión, considerar todas las fuentes de información disponibles y recursos de apoyo necesarios (fichas clínicas, exámenes, informes profesionales, etc.) para el caso y subir esta información a un sistema de fichas clínicas compartidas en línea con 48 horas de anticipación. El sistema de fichas clínicas especialmente diseñado para este estudio está disponible en la plataforma web <https://telesiquiatria.cimt.cl>, restringido a personal y participantes del estudio. Al finalizar cada sesión de STP, se actualizaba la información de la ficha clínica con el resultado de la consultoría (por ejemplo, con un diagnóstico o un plan de tratamiento).

### **Evaluaciones y desenlaces**

#### ***Componente cuantitativo***

Se recolectaron en forma previa a la intervención los datos administrativos en los establecimientos de APS para estimar la capacidad resolutoria en la

atención de salud mental para NNA vulnerados (por ejemplo, número de consultorías efectuadas, derivaciones a servicios especializados, casos con resolución positiva). La recolección post intervención permitirá establecer un punto de comparación con los niveles basales, proveyendo una aproximación al efecto potencial del STP. Estos indicadores han sido seleccionados de acuerdo con el Modelo de Evaluación de Aplicación de Telemedicina (MAST)<sup>(13)</sup>.

Se elaboró un instrumento *ad hoc* para la evaluación de la utilidad y la aceptabilidad con la intervención en los profesionales de APS participantes, aplicada luego de cada sesión de STP. Este instrumento consta de 6 ítems con una escala Likert de 4 puntos, rango 0 a 3 (un mayor puntaje indicando mayor utilidad), dos preguntas con 3 alternativas de respuesta para evaluar la aceptabilidad y una pregunta abierta para recabar información adicional.

#### ***Componente cualitativo preintervención***

Se elaboró un cuestionario escrito con los tópicos centrales: 1) motivos de consulta frecuentes en NNA vulnerados; 2) situaciones y temas complejos de abordar durante las entrevistas con NNA vulnerados; 3) dificultades diagnósticas con NNA vulnerados; 4) uso de fármacos y manejo de contingencias ambientales en NNA vulnerados. Este fue enviado vía *e-mail* a los profesionales involucrados en el manejo de NNA vulnerados en los centros de APS participantes.

#### ***Componente cualitativo postintervención***

Se elaboró un cuestionario escrito con los siguientes tópicos: 1) satisfacción y utilidad percibida del STP; 2) facilitadores y barreras para el logro de los resultados clínicos esperados en NNA vulnerados; 3) explicaciones o razones percibidas para la interrupción y/o abandono del STP; 4) aspectos organizacionales involucrados en la implementación del

STP; 5) aspectos sociales, éticos y legales, como el uso de guías clínicas y responsabilidad profesional que pueden estar involucrados en la aceptabilidad del STP. Este cuestionario será enviado vía *e-mail* a los profesionales de APS que participaron del STP.

### **Análisis**

Se presentan resultados preliminares relacionados con el proceso de STP, lo que involucró análisis de estadísticos descriptivos para determinar las sesiones de STP realizadas, su periodicidad, la cantidad de casos atendidos (indirectamente en las consultorías de salud mental) y una caracterización clínica de estos, y la utilidad y la aceptabilidad con el STP en los profesionales de APS participantes. Complementariamente, se presenta una síntesis de los principales resultados del componente cualitativo preintervención que fue analizado en base a la Teoría Fundamentada<sup>(14)</sup> a nivel de codificación abierta y selectiva, utilizando el *software* Atlas.ti.

### **Aspectos éticos**

Este estudio fue aprobado por el Comité Ética Científico y de Investigación del Hospital Clínico Universidad de Chile. Los establecimientos y profesionales de APS ingresaron a participar en forma voluntaria luego de haber dado su consentimiento escrito e informado. Se especificó que las consultorías de salud mental entre profesionales de salud no representan riesgo de complicaciones directamente dependientes de estas y que las decisiones clínicas son responsabilidad del médico general de APS.

## **RESULTADOS**

### **Caracterización del Servicio de Telepsiquiatría**

Durante el período julio-diciembre 2018 se efectuaron 13 sesiones de STP, 59% de las sesiones

preestablecidas por protocolo. Las sesiones que no se realizaron se debió a: imprevistos en los establecimientos de APS (por ejemplo, paralización de funciones), incompatibilidad de agendas entre consultor y consultantes, y baja demanda clínica en meses puntuales. En promedio, las sesiones se efectuaron cada 3,7 semanas, tuvieron una duración de 69 minutos (mínimo 30 minutos, máximo 100 minutos) y se vieron en promedio 1,2 casos por sesión (15 en total). En todas las sesiones participaron psicólogos y en el 39% de estas lo hicieron médicos generales por parte del equipo de APS.

En la mayoría de las sesiones los consultores se conectaron por vía inalámbrica con el equipo consultante (85%), mientras que en el caso del equipo consultante, la tecnología que facilitó el contacto fue mediante conexión por cable (77%); en una sola ocasión los participantes debieron comunicarse vía telefónica. En 11 sesiones se experimentó algún problema de conectividad que afectó la duración y/o la continuidad del contacto durante las sesiones de STP, debido a problemas de conectividad experimentados por el consultor (55%) o por los consultantes (36%). En dos ocasiones los problemas técnicos no pudieron ser resueltos por los participantes, requiriendo asistencia técnica.

### **Caracterización de los casos abordados por el Servicio de Telepsiquiatría**

En la Tabla 1 se muestran las características de los nueve casos de NNA que fueron abordados en el STP y que fueron registrados en el sistema de fichas clínicas compartidas. La mayoría de los casos fueron mujeres que vivían en residenciales (i.e., no estaba a cargo de familiares) y cuyo principal motivo de ingreso al sistema de protección fue la negligencia parental. En cuatro de los nueve casos el motivo de consulta para el STP fue especificado en las fichas clínicas compartidas, correspondiendo a la obtención de orientación diagnóstica y terapéutica.



**Tabla 1. Características de los casos abordados por el Servicio de Telepsiquiatría**

Variable	N (%)
Sexo, mujer	7 (78,0)
Edad (años)	14,0 (3,3)
Viven en	
Residenciales, sin contacto con familiares	3 (33,3)
Residenciales, con contacto con familiares	3 (33,3)
Familia (nuclear o extendida)	3 (33,3)
Motivo de ingreso a sistema de protección	
Abandono	1 (6,7)
Abuso sexual	2 (13,3)
Maltrato	2 (13,3)
Negligencia parental	6 (40,0)
Prostitución infantil	1 (6,7)
Violación	1 (6,7)
Violencia intrafamiliar	2 (13,3)

Nota: Los datos son frecuencia (porcentaje) o media (desviación estándar). En la variable "motivo de ingreso a sistema de protección" puede haber más de un motivo para cada caso.

Tras la realización de STP, las hipótesis diagnósticas más comunes fueron los trastornos mixtos de la conducta y de las emociones (n=3), los trastornos de ansiedad (n=2), y los trastornos de déficit de atención-hiperactividad (n=2). Se diagnosticaron otros 10 problemas de salud mental y/o psicosociales que tuvieron una sola mención y en un caso no se reportó alguna hipótesis diagnóstica debido a la necesidad de recabar mayor información. De acuerdo con los registros efectuados por los psiquiatras consul-

tores en las fichas clínicas compartidas, se realizaron un total de 19 acciones, las que consistieron en: recomendaciones sobre el esquema farmacológico (32%), recomendaciones sobre el curso de la psicoterapia (16%), recomendaciones sobre exploración de la psicopatología (16%), necesidad de obtener mayor información con la red (11%), orientación diagnóstica (5%), recomendación de la derivación a nivel secundario (5%), promover la ejecución de gestiones con la red (5%), recomendación de evaluación psiquiátrica presencial (5%) y educación al equipo consultante (5%). Solo dos casos (22%) recibieron seguimiento en el STP.

#### **Utilidad y aceptabilidad del Servicio de Telepsiquiatría**

El cuestionario para la evaluación de la utilidad y la aceptabilidad del STP tuvo una tasa de respuesta de 71%, siendo contestado en 3 ocasiones por médicos generales y en 17, por psicólogos del equipo consultante. En la Tabla 2 se aprecia que la utilidad clínica del STP fue importante para los equipos de APS, particularmente en lo que respecta al beneficio directo percibido por los clínicos. En el 95% y 93% de las respuestas respectivamente se señaló que el tiempo ocupado en la sesión fue aceptable y que el interés por presentar otro caso de NNA en futuras sesiones aumentó.

**Tabla 2. Utilidad del Servicio de Telepsiquiatría percibida por los equipos de APS (rango 0-3)**

Ítem	Puntuación
Aumento de la comprensión clínica (o biopsicosocial) del caso presentado	2,6 (0,5)
Adquisición de aprendizajes transferibles a otros casos similares	2,6 (0,5)
Se recibió orientación sobre medicamentos y dosis	2,6 (0,5)
Se recibió orientación sobre intervenciones psicosociales	2,5 (0,7)
Percepción de beneficio para el NNA como resultado de la sesión	2,4 (0,6)
Percepción de beneficio para el tratante al participar de la sesión	2,8 (0,4)

Nota: Las puntuaciones son medias (desviaciones estándar). El rango de puntuación es de 0 a 3, con puntuaciones mayores señalando una mayor utilidad percibida.

## Estudio cualitativo preintervención

El estudio cualitativo preintervención informó: 1) falta de coordinación adecuada entre instituciones sustitutas, entre éstas y los centros de Atención Primaria y entre los distintos individuos involucrados en el cuidado de la población institucionalizada; 2) necesidad de entrenamiento de los equipos de Atención Primaria en la detección, manejo y referencia de niños y jóvenes vulnerables con problemas de salud mental; 3) el tratamiento de salud mental entregado por los clínicos de Atención Primaria está centrado en las experiencias tempranas y en los eventos estresantes y no, en los motivos de consulta actuales.

## DISCUSIÓN

Los resultados preliminares de un STP, basado en la consultoría de salud mental, sugiere que esta intervención es factible de ser administrada mensualmente para orientar a equipos de APS en el diagnóstico y/o tratamiento de NNA institucionalizados con antecedentes psicosociales complejos. El STP ha sido bien aceptado por los equipos participantes, percibiéndose como beneficioso para los NNA. Una mayor coordinación entre las entidades a cargo del tratamiento de la infancia vulnerada y mayores oportunidades de entrenamiento y/o capacitación para el manejo de NNA institucionalizados son necesidades urgentes para los equipos de APS.

El uso de tecnologías para la provisión de servicios de salud mental ha ido adquiriendo cada vez más relevancia a nivel nacional e internacional. En Chile, el contacto telefónico y las fichas electrónicas compartidas han sostenido la colaboración a distancia, demostrándose aceptables y satisfactorias para los equipos de APS y pacientes deprimidos<sup>(9-10)</sup>. En Estados Unidos se han habilitado

centros de llamada operados por especialistas en salud mental para asistir a clínicos de APS en el manejo de NNA con antecedentes de institucionalización<sup>(15)</sup> y un conjunto de estudios de casos han comunicado el uso de telepsiquiatría para asistir a profesionales a cargo de adolescentes en el sistema de justicia juvenil<sup>(11)</sup>. En este sentido, el presente estudio es el primero que involucra el uso de telepsiquiatría para asistir a equipos de APS en el manejo de NNA institucionalizados con un historial psicosocial complejo, demostrando su factibilidad, aceptabilidad y utilidad.

Considerando las limitaciones del presente estudio, futuras versiones del STP deben considerar la presencia de un grupo control en un diseño experimental que permita evidenciar no solo desenlaces a nivel de los consultorios y/o equipos de APS, sino también resultados clínicos a nivel de los NNA institucionalizados con el objetivo de demostrar la efectividad de este tipo de intervenciones. Así mismo, se debe considerar la inclusión de más establecimientos y equipos de APS, así como NNA institucionalizados, dado que una limitante importante para poder generalizar la factibilidad del STP es el tamaño muestral pequeño de este estudio. Por otra parte, la alta demanda asistencial a la que están sometidos los equipos de APS obliga a buscar instrumentos de evaluación y sistemas de registros de la información más abreviados. Finalmente, debe asegurarse la mantención de condiciones de conectividad óptimas que no afecten el curso de las videoconferencias.

El presente estudio se constituye en un antecedente promisorio para la eventual implementación de un STP que provea de apoyo oportuno a equipos locales encargados de la atención de salud mental de NNA institucionalizados a lo largo del país. Esta evidencia se da en el contexto de la implementación del sistema intersectorial de salud integral que pretende atender las necesidades

de salud mental de esta población en un país con una distribución geográfica desigual de un recurso escaso como los psiquiatras infanto-juveniles. No obstante, cabe destacar que el STP no reemplaza la atención directa y debe estar integrado entre los recursos organizativos que requiere la atención continua de alta calidad para NNA dentro de SENAME. De momento, este estudio sugiere que la

telepsiquiatría es un excelente elemento de apoyo para los equipos locales. Existe la esperanza de que en nuestro fragmentado sistema de atención a la infancia vulnerada el futuro de la telepsiquiatría pueda llegar a ser algo más que un parche para la atención de NNA y que se convierta en una piedra angular de un sistema de atención integrado y organizado.

## AGRADECIMIENTOS

*Los autores quisieran agradecer a la Corporación Municipal de Quilpué y sus establecimientos de salud por participar en este estudio; asimismo, al Servicio de Psiquiatría del Hospital del Pino por permitir la participación de una psiquiatra infanto-juvenil en calidad de consultora.*

## REFERENCIAS

1. Comité de los Derechos del Niño. Informe de la investigación relacionada en Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones, 1 junio 2018. CRC/C/CHL/INQ/1. Disponible en: [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/CRC\\_C\\_CHL\\_INQ\\_1.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/CRC_C_CHL_INQ_1.pdf) [acceso 13 septiembre 2018]
2. De Ferrari MI. Informe de gestión SENAME de la Subsecretaría de Redes Asistenciales: años 2016-2018. Santiago, Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2018.
3. Araya R, Alvarado R, Minoletti A. Chile: an ongoing mental health revolution. *Lancet* 2009;374:597-8.
4. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2016.
5. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:71-6.
6. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. WHO-AIMS: Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2014.
7. Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of Telemental Health: A 2013 Review. *Telemed J E Health* 2013;19:444-54.
8. Huawei Technologies Co, Ltd. Huawei. 2017. Harnessing the power of connectivity. Disponible en: <http://www.huawei.com/>



- minisite/gci/files/gci\_2017\_whitepaper\_en.pdf?v=20170421 [acceso 20 septiembre 2018]
9. Rojas G, Guajardo V, Martínez P, Castro A, Fritsch R, Moessner M, *et al.* A remote collaborative care program for patients with depression living in rural areas: open-label trial. *J Med Internet Res* 2018;20:e158.
  10. Martínez V, Rojas G, Martínez P, Zitko P, Irrarázaval M, Luttges C, *et al.* Remote collaborative depression care program for adolescents in Araucanía region, Chile: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2018; 20:e38.
  11. Kaliebe KE, Heneghan J, Kim TJ. Telepsychiatry in juvenile justice settings. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2011; 20:113-23.
  12. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches.* Sage: Thousand Oaks, California; 2009.
  13. Kidholm K, Ekeland AG, Jensen LK, Rasmussen J, Pedersen CD, Bowes A, *et al.* A model for assessment of telemedicine applications: MAST. *Int J Technol Assess Health Care* 2012;28:44-51.
  14. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Universidad de Antioquía: Colombia; 2002.
  15. Hilt RJ, Romaine MA, McDonnell MG, Sears JM, Krupski A, Thompson JN *et al.* The partnership access line: evaluating a Child Psychiatry Consult Program in Washington State. *JAMA Pediatr* 2013;167:162-8.

#### **CORRESPONDENCIA**



Prof. Dra. Graciela Rojas Castillo  
Dirección General  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago  
E-mail: graciela.rojas.castillo@gmail.com  
Fono: 562 2978 8601