

Consenso internacional sobre medidas de resultado de tratamientos de depresión y ansiedad en población infanto-juvenil: recomendaciones para su aplicación en Chile.

International consensus on outcome measures for the treatment of depression and anxiety in children and adolescents: recommendations for their application in Chile.

Vania Martínez¹, Karolin R. Krause², Rosario Valdebenito³.

Resumen. El Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (ICHOM, por sus siglas en inglés) se especializa en el desarrollo de conjuntos de medidas de resultado de tratamientos para condiciones de salud con el objetivo de mejorar la práctica clínica. ICHOM desarrolló una propuesta de medidas de resultado para depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático, en población infanto-juvenil de entre 6 y 24 años que fue publicada el 2021. Un grupo de trabajo internacional de 27 personas expertas en clínica, en investigación y por experiencia vivida, alcanzó el consenso a través del método Delphi adaptado con votación anónima iterativa, apoyada por insumos de investigación. Se propone evaluar síntomas, pensamientos y conductas suicidas y funcionalidad a través de siete medidas de resultado informadas primariamente por el o la paciente. Las recomendaciones fueron validadas a través de una encuesta que involucró a 487 participantes en 45 países. Este artículo presenta sugerencias para su aplicación en Chile.

Palabras claves: Depresión, ansiedad, infanto-juvenil, medidas de resultado, consenso internacional.

Abstract: The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) specializes in developing sets of outcome measures for health conditions with the goal of improving

1. Doctora en Psicoterapia. Médico Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (Cemera). Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ANID, Programa Iniciativa Científica Milenio, Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay) e Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Santiago, Chile.

2. PhD in Psychology. BA in Sociology and History. Evidence Based Practice Unit, Faculty of Brain Sciences, University College London, Londres, Reino Unido. Anna Freud National Centre for Children and Families, Londres, Reino Unido. Cundill Centre for Child and Youth Depression, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canadá.

3. Licenciada en Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), Santiago, Chile.

Correspondencia: Vania Martínez, Profesor Alberto Zañartu 1030, Independencia, Santiago, Chile. Correo electrónico: vmartinezn@uchile.cl

clinical practice. ICHOM developed a proposal for outcome measures for depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder in children and young people aged 6 to 24 years that was published in 2021. An international working group of 27 clinical, research, and lived experience experts, reached consensus through the adapted Delphi method, and iterative anonymous voting, supported by research inputs. It is proposed to assess symptoms, suicidal thoughts, and behavior, and functioning through seven primarily patient-reported outcome measures. The recommendations were validated through a survey involving 487 participants across 45 countries. This article presents suggestions for their application in Chile.

Keywords: depression, anxiety, child and youth, outcome measures, international consensus.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental afectan a entre el 10% y el 20% de la población infanto-juvenil en el mundo¹. Encuestas nacionales de Estados Unidos han encontrado que el 3% de niños, niñas y adolescentes tienen diagnóstico de ansiedad y, entre el 2,1% y 8,1%, tienen depresión². Por otro lado, el 75% de los adultos con trastornos de salud mental reportan el inicio de sus cuadros antes de los 24 años, y el 50% antes de los 14 años³.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en Chile es alta entre niños, niñas y adolescentes. En un estudio epidemiológico, la tasa de prevalencia de los últimos 12 meses de cualquier trastorno psiquiátrico fue del 22,5%, de trastornos de ansiedad 8,3% y de depresión 5,1%⁴.

Un elemento esencial del fortalecimiento de los servicios de atención de estas prevalentes patologías, es el monitoreo sistemático del progreso de la atención del o de la paciente. Una barrera importante para mejorar la efectividad de la atención en salud mental, es la ausencia o déficit de medición de resultados y la falta de consenso sobre el tipo de medición más adecuado sobre los resultados de los tratamientos⁵.

El Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud

(en inglés: International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM; www.ichom.org) es una organización sin fines de lucro que se especializa en el desarrollo de conjuntos estandarizados de medidas de resultado de tratamientos para diversas condiciones de salud, con el objetivo de mejorar la práctica clínica.

ICHOM desarrolló una propuesta para la evaluación de resultados de tratamiento de ansiedad y depresión a partir de los 14 años⁶ que incluye las siguientes medidas: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)⁷, Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)⁸, y la WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)⁹. En adolescentes en Chile, han demostrado tener buenas propiedades psicométricas tanto PHQ-9¹⁰ como GAD-7¹¹, mientras que el instrumento WHODAS 2.0 ha sido utilizado en Chile en población juvenil con discapacidad física¹².

Posteriormente, ICHOM elaboró un consenso internacional con una propuesta de medidas de evaluación de resultados de tratamientos para depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno por estrés postraumático (TEPT), en población infanto-juvenil entre 6 y 24 años. Este consenso fue publicado en la prestigiosa revista *The Lancet Psychiatry* el año 2021¹³. El propósito de este

artículo es presentar en forma resumida la metodología y recomendaciones de este consenso internacional, y realizar sugerencias para su aplicación en Chile. Se espera lograr mayor difusión y contextualización de medidas recomendadas para la evaluación de resultados de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT, en población infanto-juvenil en Chile.

METODOLOGÍA DEL CONSENSO INTERNACIONAL¹³

Entre octubre del 2018 y diciembre de 2019, se desarrolló el consenso por un grupo de trabajo internacional de 27 personas expertas en clínica, en investigación y por experiencia vivida, provenientes de 13 países, en el que estuvo incluido Chile. La mayor parte de estos países presentan un índice de desarrollo humano (IDH) muy alto. La excepción fueron Brasil, India y Nigeria, con IDH alto, medio y bajo, respectivamente¹⁴. Se alcanzó el consenso a través del método Delphi adaptado (una técnica de grupo que busca lograr un acuerdo o predicción sobre algún tema en específico), en el que hubo votación anónima iterativa que fue apoyada por insumos de investigación.

Las medidas de resultado son para uso de todas aquellas personas que proveen atención en salud mental a población infanto-juvenil, independiente del entorno clínico de intervención y de la aproximación teórica.

El grupo de trabajo buscó combinar medidas de resultado de autorreporte, de información administrada por padres y madres (o persona cuidadora principal), y pesquisada o registrada por profesionales de salud, para considerar las diferentes perspectivas. Se

decidió privilegiar el autorreporte de niños, niñas y jóvenes, así, las medidas informadas por padres y madres (o persona cuidadora principal), son complementarias y también sirven como sustituto cuando niños, niñas y jóvenes no pueden completar las evaluaciones debido a limitaciones de desarrollo o de otro tipo.

Los criterios de valoración incluidos para escoger los instrumentos fueron los siguientes: relevancia (cobertura integral del dominio de resultados seleccionado), factibilidad y aceptabilidad (finalización en menos de 20 minutos, disponibilidad gratuita para su uso en entornos clínicos, validación en niños y jóvenes, y traducción al menos a un segundo idioma), y desempeño psicométrico (confiabilidad entre evaluadores o reevaluación de confiabilidad por encima de 0,70, consistencia interna por encima de 0,70, y evidencia de sensibilidad al cambio).

Las recomendaciones fueron validadas a través de una encuesta que involucró a 463 profesionales, investigadores(as) y creadores(as) de políticas públicas de 45 países, así como 24 jóvenes y padres y madres de Dinamarca, Estados Unidos y Reino Unido.

FACTORES ASOCIADOS A EVALUAR¹³

La tabla 1 muestra los factores asociados que son relevantes a considerar para la evaluación de resultados de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT en población infanto-juvenil.

Se propone registrar factores demográficos, clínicos y de complejidad, y variables de intervención. Estos factores debieran ser identificados en la evaluación basal.

Para el nivel educacional de padres y madres (o persona cuidadora principal) se propone usar International Standard Classification of Education (ISCED)¹⁵ (disponible en: <https://isced.uis.unesco.org/visualizations/>).

Para diagnósticos y comorbilidades, historia de trauma, dificultades en educación o trabajo, se propone usar Current View Tool¹⁶ (disponible en inglés en: <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/current-view/>).

Tabla 1. Factores a considerar para la evaluación de resultados de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT en población infanto-juvenil^a

	Descripción	Quién reporta
Factores demográficos		
Edad	Año de nacimiento	NNAJ o padre/madre
Sexo	Sexo asignado al nacer	NNAJ o padre/madre
Identidad de género	“¿Piensas en ti como...?”	NNAJ
Educación de padre/madre	Nivel de educación más alto completado por alguno de los padres/madres o persona cuidadora principal usando estándares ISCED	NNAJ o padre/madre
Etnia	“¿Te consideras parte de alguna minoría étnica?”	NNAJ o padre/madre
Pertenencia a grupo marginado o socialmente excluido	“¿Te consideras miembro de algún grupo marginado o socialmente excluido?”	NNAJ o padre/madre
Con quién vive	“¿Cuáles de las siguientes personas viven contigo [con su hijo(a)] en tu [su] casa?”	NNAJ o padre/madre
Factores clínicos		
Diagnósticos y comorbilidades	Sección correspondiente de Current View Tool	Profesional de salud
Duración de los síntomas	“¿Durante cuántos meses [su hijo(a)] has [ha] estado experimentando síntomas de [condición específica]?”	NNAJ o padre/madre
Antecedentes de uso de servicios	“Durante el último año, ¿recibiste [recibió su hijo(a)] alguno de los siguientes tratamientos para [condición específica]? Completa [complete] por separado para (a) medicamentos, (b) psicoterapia y (c) otros”.	NNAJ o padre/madre
Factores de complejidad		
Historia de trauma	Sección correspondiente de Current View Tool	Profesional de salud
Salud mental parental	“Es útil saber si hay antecedentes familiares de problemas de salud mental. ¿Usted o alguien más en la familia, ha experimentado o ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones: ansiedad, depresión, trastorno por uso de sustancias (por ejemplo, alcohol o drogas), esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno somatomorfo (es decir, síntomas físicos inexplicables) u otros?”	Padre/madre
Antecedentes parentales de uso de servicios	“¿Alguna vez buscó ayuda para su salud mental?”	Padre/madre
Dificultades en educación o trabajo	Sección correspondiente de Current View Tool	Profesional de salud
Variables de intervención		
Foco de intervención (1)	“¿Quién participa activamente en la intervención? (seleccione todas las que correspondan)”	Profesional de salud

Tabla 1. (continuación)

	Descripción	Quién reporta
Factores demográficos		
Foco de intervención (2)	“¿La intervención es individual, familiar o grupal (NNAJ o familias)?”	Profesional de salud
Enfoque de intervención	“¿Cuál es el enfoque del tratamiento? (seleccione todas las que correspondan)”	Profesional de salud
Medicación prescrita	“¿Qué tipo de medicación se prescribe? (seleccione todas las que correspondan)”	Profesional de salud
Entorno clínico de intervención (1)	“¿Esta intervención implica pasar la noche en una institución que brinda apoyo de salud mental?”	Profesional de salud
Entorno clínico de intervención (1)	“¿Esta intervención implica el uso de una plataforma digital?”	Profesional de salud

ISCED=International Standard Classification of Education. NNAJ=niño, niña, adolescente o joven.

^aEsta tabla fue adaptada del artículo Krause K, Chung S, Adewuya A O, Albano A M, Babins-Wagner R, Birkinshaw L, et al. International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8:76-86 con la autorización de Elsevier.

MEDIDAS DE RESULTADO¹³

Se propone evaluar síntomas, incluyendo pensamientos y conductas suicidas, y funcionalidad a través de siete medidas de resultado(s) informadas primariamente por el o la paciente (tabla 2).

Algunas características de estas medidas están en la tabla 3.

Se propone que estas medidas sean evaluadas en el diagnóstico basal, cada tres meses durante la intervención, al final de la intervención o en la transición hacia otro entorno clínico (por ejemplo, referencia a servicio de adultos) y seguimiento a un año desde finalizada la intervención o referencia a otro entorno clínico.

Para mayor detalle del consenso internacional y apoyo al sistema de implementación de las medidas de resultado se recomienda visitar la página web <https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/depression-and-anxiety-for-children-and-young-people/>

CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud el año 2016 publicó una revisión sistemática de la evidencia con respecto a la efectividad de la consultoría de salud mental en la atención primaria de salud³³. Una de las conclusiones de ese trabajo es que falta investigación que evalúe la efectividad de las intervenciones en salud mental en la población infanto-juvenil³³. Además, en un mapeo del estado de la investigación en salud mental de adolescentes y jóvenes en Chile, publicado el año 2022, se reconoce que sigue siendo una necesidad el ampliar los estudios enfocados en la evaluación de los resultados de las intervenciones y tratamientos³⁴.

Por otra parte, en una revisión de las investigaciones en salud mental infanto-juvenil en Chile durante la pandemia de COVID-19 se plantea como un déficit el que los estudios usen una diversidad de instrumentos para evaluar un mismo problema de salud mental, ya que dificulta la comparación y el meta-análisis de resultados³⁵.

Tabla 2. Medidas de resultados recomendadas para la evaluación de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT en población infanto-juvenil y su estado en Chile.

A. Síntomas	1. Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS-25) ^{17,18} . La versión de 30 ítems fue adaptada para su uso en Chile para niños y adolescentes ¹⁹ . 2. Obsessive Compulsive Inventory for Children (OCI-CV) ²⁰ . La versión para niños y adolescentes está validada en Chile ²¹ . 3. Children's Revised Impact of Events Scale for youth (CRIES-8) ²² y Children's Revised Impact of Events Scale for parents (CRIES-13) ²² . Disponible CRIES-8 en español en https://www.childrenandwar.org/measures No se encontraron validaciones en Chile.
B. Pensamientos y conducta suicidas	4. Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) ²³ . Sus propiedades psicométricas han sido evaluadas en adolescentes en Chile ²⁴ .
C. Funcionalidad	5. KIDSCREEN-10 index ²⁵ . En Chile fue validada la versión de 52 ítems ²⁶ y ha sido utilizada la versión de 10 ítems ²⁷ . 6. Children's Global Assessment Scale (CGAS) ²⁸ . Está disponible en español ²⁹ . No se encontraron publicaciones de su uso en Chile. 7. Child Anxiety Life Interference Scale for children (CALIS-C) ³⁰ y Child Anxiety Life Interference Scale for parents (CALIS-P) ³⁰ . Está validada la versión en español para niños ³¹ y para padres ³² . No se encontraron publicaciones de su uso en Chile.

Tabla 3. Características de medidas recomendadas para la evaluación de resultados de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT en población infanto-juvenil^a

Resultado a evaluar	Medida	Nº de ítems	Tiempo	Informante
Ansiedad y depresión	RCADS-25	25	< 10 min	NNAJ o padre/madre
TOC*	OCI-CV	21	< 10 min	NNAJ
TEPT**	CRIES-8	8	< 5 min	NNAJ
	CRIES-13	13	< 5 min	Padre/madre
Pensamientos y conductas suicidas***	C-SSRS	3 ó 6	< 5 min	NNAJ
Calidad de vida relacionada a la salud	KIDSCREEN-10 index	11	< 5 min	NNAJ o padre/madre
Funcionamiento global	CGAS	1	< 5 min	Profesional de salud
Impacto de la ansiedad en la vida diaria****	CALIS-C	9	< 5 min	NNAJ
	CALIS-P	9		Padre/madre

CALIS-C=Child Anxiety Life Interference Scale for children. CALIS-P=Child Anxiety Life Interference Scale for parents. CGAS=Children's Global Assessment Scale. CRIES-8=Children's Revised Impact of Events Scale for youth. CRIES-13=Children's Revised Impact of Events Scale for parents. C-SSRS=Columbia Suicide Severity Rating Scale. KIDSCREEN-10 index=Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People. NNAJ=niño, niña, adolescente o joven. OCI-CV=Obsessive Compulsive Inventory for Children. RCADS-25=Revised Children's Anxiety and Depression Scale. TOC=Trastorno Obsesivo Compulsivo. TEPT=Trastorno por Estrés Postraumático. ^aEsta tabla fue adaptada del artículo Krause K, Chung S, Adewuya A O, Albano A M, Babins-Wagner R, Birkinshaw L, et al. International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. Lancet Psychiatry. 2021; 8:76-86 con la autorización de Elsevier. *Sólo para NNAJ con TOC. **Sólo para NNAJ con TEPT. ***A partir de los 10 años. ****Sólo para NNAJ con ansiedad.

Por lo tanto, es fundamental que existan medidas de consenso que permitan la comparación tanto a nivel nacional como internacional⁵. Es así que se propone utilizar las recomendaciones del consenso internacional de medidas de evaluación de resultados de tratamientos para depresión, ansiedad, TOC y TPET en niños, niñas y jóvenes entre 6 y 24 años¹³ de ICHOM y publicadas en *The Lancet Psychiatry* el año 2021. Gran parte de las medidas recomendadas ya están disponibles en español e incluso cuentan con validación o aplicación en población infanto-juvenil en Chile.

A futuro se puede avanzar en adaptar y validar las medidas que aún no cuentan con una versión para Chile. Además, se propone evaluar la factibilidad y aporte del uso de este consenso en distintos entornos clínicos y al diseño y evaluación de políticas públicas en salud mental infanto-juvenil en Chile.

AGRADECIMIENTOS

Queremos extender nuestros agradecimientos al Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (en inglés International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM), y al grupo de autores(as) que publicó el artículo “International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder” durante el año 2021 en la revista *The Lancet Psychiatry*.

Agradecemos a Luz Sousa Fialho, Director of Outcomes Research de ICHOM por la revisión del borrador del manuscrito y sus aportes a éste.

También agradecemos a ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio – NCS2021_081 que financia al Núcleo Milenio Imhay.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011; 378(9801):1515-1525.
2. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Groerer JC., et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental health surveillance among children-United States, 2005-2011. *MMWR Suppl*. 2013; 62(2):1-35.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication [published correction appears in *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(7):768]. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
4. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(10):1026-35.
5. Boswell JF, Kraus DR, Miller SD, Lambert MJ. Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. *Psychother Res*. 2015; 25:6-19.
6. Obbarius A, van Maasackers L, Baer L, Clark DM, Crocker AG, de Beuers E, et al. Standardization of

- health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Qual Life Res.* 2017; 26:3211–25.
7. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. *JAMA.* 1999; 282: 1737–44.
 8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 1092–97.
 9. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *Bull World Health Organ.* 2010; 88: 815–23.
 10. Borghero F, Martínez V, Zitko P, Vöhringer PA, Cavada G, Rojas G. Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Rev Méd Chil.* 2018; 146: 479-486.
 11. Crockett MA, Martínez V, Ordóñez-Carrasco JL. Propiedades psicométricas de la escala Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) en una muestra comunitaria de adolescentes en Chile. *Rev Med Chil.* 2022 Apr;150(4):458-464.
 12. Navarrete-Opazo AA. Análisis de discapacidad utilizando WHO-DAS 2.0 versión de 12 preguntas a pacientes de Instituto Teletón Santiago dos años después de su alta institucional. *Rehabil. integral.* 2018; 13(1):22-31.
 13. Krause K, Chung S, Adewuya A O, Albano A M, Babins-Wagner R, Birkinshaw L, et al. International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. *Lancet Psychiatry.* 2021; 8:76-86.
 14. Human Development Report 2021/2022. United Nations Development Programme, 2022. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf
 15. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. International Standard Classification of Education: ISCED 2011. 2012. <https://isc.ed.uis.unesco.org/visualizations/>
 16. Jones M, Hopkins K, Kyrke-Smith R, Davies R, Vostanis P, Wolpert M. Current view tool: completion guide. London, UK: CAMHS Press, 2013.
 17. Ebesutani C, Reise SP, Chorpita BF, Ale C, Regan J, Young J, et al. The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychol Assess* 2012; 24:833-45.
 18. Ebesutani, C., Korathu-Larson, P., Nakamura, B. J., Higa-McMillan, C., & Chorpita, B. (2017). The revised child anxiety and depression scale 25–parent version: scale development and validation in a school-based and clinical sample. *Assessment*, 24(6), 712-728.
 19. Martínez-González AE, Veas A, Piqueras JA. 30-item version of the revised child anxiety and depression scale in Chilean adolescents: psychometric properties. *Curr Psychol* 2020; 18 July 1-11.

20. Foa EB, Coles M, Huppert JD, Pappaleuti RV, Franklin ME, March J. Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. *Behav Ther* 2010; 41: 121–32.
21. Martínez-González AE, Rodríguez-Jiménez T, Piqueras JA, Vera-Villaruel P, Godoy A. Psychometric properties of the obsessive-compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) in Chilean children and adolescents. *PLoS One* 2015; 10: e0136842.
22. Yule W. Anxiety, depression and post-traumatic stress in childhood. In: Sclare I, ed. *Child Psychology Portfolio*. Windsor, England: NFER-Nelson, 1997.
23. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1266–77.
24. Núñez D, Arias V, Méndez-Bustos P, Fresno A. Is a brief self-report version of the Columbia severity scale useful for screening suicidal ideation in Chilean adolescents? *Compr Psychiatry*. 2019; 88: 39–48.
25. Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, et al. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res* 2014; 23: 791–803.
26. Sepúlveda R, Molina T, Molina R, Martínez V, González E, George M, et al. Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1283–92.
27. Martínez V, Rojas G, Martínez P, Gaete J, Zitko P, Vöhringer PA, et al. Computer-Assisted Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Adolescents with Depression in Primary Health Care Centers in Santiago, Chile: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry*. 2019; 10:552.
28. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1228–31.
29. Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N. Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1999; 1: 18–26.
30. Lyneham HJ, Sbrulati ES, Abbott MJ, Rapee RM, Hudson JL, Tolin DF, et al. Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *J Anxiety Disord* 2013; 27: 711–19.
31. Orgilés M, Fernández-Martínez I, Morales A, Melero S, Espada JP. Spanish Validation of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS-C): psychometric properties, factorial structure and factorial invariance across gender. *Child Psychiatry Hum Dev* 2019; 50: 756–63.
32. Orgilés M, Melero S, Fernández-Martínez I, Espada JP, Morales A. The child anxiety life interference scale for parents (CALIS-P): psychometric properties of the Spanish version. *Curr Psychol* 2020; 1-9.
33. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Efectividad de la consultoría de salud

- mental en la Atención Primaria de la Salud en el contexto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental: “Una revisión sistemática y meta-análisis”. Gobierno de Chile. 2016. <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/2325>
34. Martínez V, Crockett MA, Chandra A, Suwasrawala SS, Ramaprasad A, Núñez A, Gómez-Rojas M. State of Mental Health Research of Adolescents and Youth in Chile: An Ontological Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(16):9889.
 35. Lillo-Cabrera I, Bayo-Burgos A, Cánepa J, Meneses R, Crockett MA, Martínez V. Investigaciones en salud mental infanto-juvenil en Chile durante la pandemia de COVID-19: una revisión de alcance. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2022; 33(2): 10-22.