



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN LIMA
METROPOLITANA DURANTE EL AÑO 2017**

TESIS

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

GUSTAVO ENRIQUE MALATESTA VILLAR

ASESOR

JOSE WAGNER LOPEZ REVILLA

LIMA - PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN LIMA
METROPOLITANA DURANTE EL AÑO 2017**

TESIS

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
GUSTAVO ENRIQUE MALATESTA VILLAR**

**ASESOR:
DR. JOSE WAGNER LOPEZ REVILLA**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

PRESIDENTE

Dr. Rubén Valle Rivadeneyra

MIEMBRO

Dr. Moisés Apolaya Segura

MIEMBRO

Dra. Luzgarda Medalit Luna Vílchez

DEDICATORIA

A mis padres, hermanas, pareja y compañeros, que me apoyaron sin condiciones en estos años de carrera.

A todas las personas que sufren de depresión por la constante lucha que tienen día a día.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas, amigos y doctores, que me han brindado su apoyo y han sido parte fundamental en mi crecimiento, tanto en el ámbito personal como profesional.

También agradezco a mi asesor, el Dr. José Wagner López Revilla quién me guió y aconsejó de inicio a fin en el desarrollo de este estudio.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN.....	26
V. CONCLUSIONES.....	36
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:	38
ANEXOS:.....	46

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio busca identificar la proporción de personas atendidas por Trastorno Depresivo Mayor en los Centros de Salud Mental Comunitarios en el área de Lima Metropolitana durante el transcurso del año 2017.

Metodología: Este estudio fue de tipo cuantitativo, observacional y transversal. Se realizó partiendo de una base de datos recolectada por el Ministerio de Salud, realizada en individuos de entre 10 y 80 años que iban a los Centros de Salud Mental Comunitaria, y que cuyos datos de atención se subieron a la Plataforma Nacional de Datos Abiertos.

Resultados: Entre los resultados obtenidos encontramos que la proporción de trastorno depresivo en los Centros de Salud Mental Comunitarios en Lima Metropolitana fue de 24.3%. Dentro de estos, la población femenina ocupó el 74.2% de los casos positivos. En cuanto a distritos, San Luis registró una frecuencia de 69% de casos positivos de trastorno depresivo y a nivel de Direcciones de Redes Integradas de Salud fue Lima Norte quien obtuvo un total de 29.5%; Lima Sur, 20.5% y tanto Lima Este como Lima Centro tuvieron un 27.3%. Se encontró que en algunos distritos se reportó un número bajo de casos, lo que puede sugerir la existencia de subreporte de casos en estos lugares, por tal motivo estos resultados no pueden ser tomados como valores precisos que reflejen la realidad en estos centros de salud.

Conclusiones: Encontramos que aproximadamente 1 de cada 4 personas que se atiende en un Centro de Salud Mental Comunitario en Lima puede presentar trastorno depresivo. Dentro de los distritos con mayor frecuencia encontramos a San Luis y La Molina y siendo la jurisdicción de Lima Norte la que mayor frecuencia registra al año 2017. No se puede concluir con certeza que esta sea la frecuencia real de trastornos depresivos debido a la presencia de subreportes en la base de datos.

Palabras clave: Trastorno Depresivo, Salud Mental, Centros Comunitarios de Salud Mental, Población atendida.

ABSTRACT

Objective: This study aims to identify the proportion of individuals treated for Major Depressive Disorder at the Community Mental Health Centers in the Metropolitan Lima area during the year 2017.

Methodology: This study was a quantitative, observational, and cross-sectional study. The study was conducted based on a database collected by the Ministry of Health in individuals between 10 and 80 years old who attended the Community Mental Health Centers, and whose healthcare data was uploaded to the National Open Data Platform.

Results: Among the findings, the proportion of major depressive disorder was identified in the Community Mental Health Centers in Lima Metropolitan of 24.3%. Within these cases, the female population represented 74.2% of the positive cases. In terms of districts, San Luis had a frequency of 69% of positive cases of major depressive disorder, and at the level of Integrated Health Network Directorates, North Lima had a total of 29.5%, South Lima 20.5%, and both East and Center Lima had 27.3%. It was found that in some districts a small number of cases were reported, which may suggest the existence of underreporting of cases in these locations, due to this reason, these results cannot be taken as accurate values reflecting the reality in these health centers.

Conclusions: We found that approximately 1 in 4 people who seek treatment at a Community Mental Health Center in Lima may present with major depressive disorder. Among the districts with the highest frequency, we found San Luis and La Molina, with the area of North Lima registering the highest frequency in 2017. Definitive conclusions about the true frequency of depressive disorders cannot be drawn due to the existence of underreporting in the database.

Keywords: Depressive Disorder, Mental Health, Community Mental Health Centers, Population assisted.

NOMBRE DEL TRABAJO

PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN LIMA METROPOLITANA DURANTE EL AÑO 2017

AUTOR

GUSTAVO ENRIQUE MALATESTA VILL

RECuento de palabras

11540 Words

RECuento de caracteres

66869 Characters

RECuento de páginas

48 Pages

Tamaño del archivo

305.1KB

Fecha de entrega

Aug 16, 2023 9:52 AM GMT-5

Fecha del informe

Aug 16, 2023 9:54 AM GMT-5

● **16% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

DATOS COMPLETOS DEL ASESOR

Jose Wagner Lopez Revilla
DNI: 41120342
COD ORCID: 0000-0003-0614-7284



FIRMA DEL ASESOR

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como: “Un estado de bienestar que permite a cada individuo aprovechar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida y contribuir con su comunidad mediante su trabajo productivo y fructífero” (1). La ausencia de salud mental puede traer consigo problemas tales como: frustración, violencia, incapacidad de desarrollo personal, entre otros (2).

A nivel mundial, “The Global Burden of Diseases” en el año 2019, realizó un estudio sobre la carga de enfermedad en trastornos mentales y mostró que estas enfermedades se mantuvieron dentro de las 10 principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial sin evidencia de una reducción de esta carga desde 1990 (3). El trastorno depresivo se mantuvo dentro de las principales causas de carga de enfermedad en todo el mundo, clasificado en el puesto 13 como principal causa de Años de Vida ajustados por discapacidad (AVAD) con estimaciones de prevalencia más altas que muchas de las otras enfermedades mentales contempladas en el análisis como los trastornos de ansiedad, trastornos del espectro autista, trastornos alimentarios, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastornos bipolares, (3).

En Europa se encontró una mayor prevalencia de trastornos depresivos. El valor de la prevalencia media fue del 11.3% y el de la prevalencia a 12 meses fue del 5.2%. Por otro lado, la prevalencia de vida del Trastorno Depresivo Mayor en los países asiáticos fue menor a la encontrada en países europeos. China presentó una prevalencia de vida de trastorno depresivo del 2% y Corea del Sur, 6.7% (4).

En Cataluña, España, se realizó un estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales en 77 centros de atención primaria en el 2010. El estudio incluyó a personas mayores de 18 años que acudieron a recibir atención médica a estos centros de salud. Se les aplicó los cuestionarios tales como la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), en inglés) para trastornos mentales y la Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, (SCID-I), en inglés) para depresión y

ansiedad. El 45.1% reportó que padecieron al menos una vez en la vida de algún trastorno mental. El trastorno mental más común fue el trastorno depresivo mayor presente en un 9.6% de los participantes (5).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el continente americano, al menos uno de cada cuatro habitantes experimentará algún trastorno mental durante su vida (6). Así mismo, evalúa la discapacidad que generan este grupo de enfermedades basándose en parámetros como los AVAD (7).

La OPS mediante su informe “La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas” realizado en 2018, encontró que los trastornos depresivos ocuparon el primer lugar, seguido por los trastornos de ansiedad y los trastornos del dolor (7). Los trastornos depresivos fueron por sí solos la principal causa de discapacidad, y en combinación con la mortalidad que estos generan, representan el 3.4% de los AVAD.

En América del Sur se encontró que los países que presentaron mayor discapacidad por depresión fueron: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia. Los porcentajes de la discapacidad total dieron los siguientes valores: Paraguay (9.4%), Brasil (9.3%), Perú (8.6%), Ecuador (8.3%) y Colombia (8.2%). Estos países se encontraban por encima del promedio calculado (7.7%) entre todos los países del continente americano (8).

En México se realizó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la cual señaló que aproximadamente un 9.2% de la población presentó algún tipo de trastorno afectivo en algún momento de su vida. A estos trastornos se los identificó como la primera causa de discapacidad en el sexo femenino y la novena a nivel del sexo masculino (9).

En Chile, se llevó a cabo un estudio que buscaba describir las características sociodemográficas de pacientes mayores de 18 años que fueron diagnosticados con depresión y que acudieron a los Centros Comunitarios de Salud Mental ubicados en la ciudad de Santiago. Para las variables sociodemográficas se usó una ficha diseñada en base a la utilizada por el Instituto Milenio para el Estudio de la Depresión y Personalidad. En cuanto a la evaluación de la sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. Encontraron que la

mayoría de los participantes fueron del sexo femenino, ocupando el 88.6%. Además, se observó que muchos de los participantes presentaron sintomatología severa, hasta un 44.3%, siendo los diagnósticos más frecuentes Episodio Depresivo Mayor, seguido de Trastorno Depresivo Recurrente (10).

En el Perú, las enfermedades mentales constituyen la principal causa de AVAD, ocupando hasta un 17.5% de la carga de enfermedad total. En el año 2012, Lima Metropolitana registró una prevalencia anual de trastorno mental del 12.2% (11). Dentro de este grupo de enfermedades se observó que el trastorno depresivo es la que generó la mayor carga de enfermedad. Se estima que, durante el año 2013, la prevalencia anual de trastornos depresivos fue del 7.6% (11).

Gran parte de la población presenta dificultades al momento de acudir a los establecimientos de salud, como los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) (11). En Lima Metropolitana, aproximadamente el 69% de la población presentaron problemas para el acceso a servicios de salud mental (11). Por otro lado, la población que si puede acceder a estos centros presentan un alto riesgo de no mantener el tratamiento y/o los cuidados a lo largo de su vida y durante la duración de la enfermedad (11).

Cuando se habla de depresión, es necesario hacer una diferenciación entre los conceptos tristeza y depresión. Según la OMS, el trastorno depresivo mayor es un trastorno mental que puede volverse crónico o recurrente, afectando el desempeño personal y teniendo un impacto en la capacidad para enfrentar la vida diaria. El síntoma característico es la presencia de tristeza, a la cual se suma la pérdida de interés o placer, presencia de sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Por otro lado, la tristeza en cambio es una emoción básica del ser humano, surge ante situaciones externas, al ser una emoción su tiempo de duración es menor. (12,13).

Según la teoría serotoninérgica, la cual aún no ha sido plenamente confirmada, el correcto funcionamiento del cerebro se basa en una adecuada disponibilidad de neurotransmisores. A través de estos la información neuronal se transmite, si se presentara algún desbalance en su concentración normal o existiera algún daño en estructuras sensibles a ellos puede conllevar a cambios en la persona.

Estos cambios pueden manifestarse como alteraciones en el comportamiento, emociones, pensamientos y respuestas. Por tanto, cuando existe un desajuste en la cantidad de neurotransmisores, ya sea en exceso o en defecto, pueden surgir conductas inadecuadas que van desde la euforia hasta sensaciones de angustia sin motivo aparente, teniendo una rápida evolución a estados depresivos. Estas conductas van a ser manifestaciones de trastornos mentales como la esquizofrenia, párkinson, alzhéimer, depresión, ansiedad, entre otros (14).

Por ello, es importante describir la etiología de este trastorno del ánimo. Se atribuye la causa a una relación genética-ambiente, asociándola también con la presencia de otras patologías como cáncer, hipertensión y diabetes. Durante el inicio de la depresión, se ha identificado la influencia de diversos elementos, entre ellos las diferencias en el tamaño de diversas estructuras cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal. Asimismo, se han observado cambios en el metabolismo de las monoaminas, en particular tres: serotonina (5-hidroxi-triptamina, 5-HT), norepinefrina (NE), y dopamina (DA), lo cual ha dado lugar a la formulación de la teoría de las monoaminas (15). Es importante mencionar que estos hallazgos, aunque sugieren conexiones significativas, aún requieren de una investigación más exhaustiva y precisa para una comprensión completa de la etiología de este trastorno.

Estas variaciones tienen un impacto significativo en los múltiples aspectos de la vida diaria. En el contexto de la depresión, es fundamental destacar que en las mujeres se considera como la primera causa de incapacidad laboral, la cual les afecta con el doble de frecuencia en comparación con los hombres (16).

El diagnóstico de depresión en la población general se establece principalmente mediante un enfoque clínico basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales, quinta edición (DSM-V). Además, se emplean diversas evaluaciones y pruebas como la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), entre otros (17,18).

La clasificación de la DSM-V incluye varias entidades clínicas distintas, como el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo

mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno depresivo inducido por sustancias, trastorno disfórico premenstrual, los trastornos depresivos debidos a otra afección médica y los trastornos depresivos especificados y no especificados (18). Si bien todos estos trastornos comparten la característica común de presentar un estado de ánimo deprimido acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan el funcionamiento de la persona, se distinguen por su duración, presentación temporal o etiología específica. El trastorno depresivo mayor representa el trastorno prototípico de esta categoría (18).

Los criterios que considera la DSM-V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor son:

- A. Presencia de cinco o más síntomas (principalmente el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés) durante dos semanas que representen un cambio en su funcionamiento previo.
- B. Estos síntomas deben causar un malestar significativo o un deterioro social, laboral o en otras áreas importantes.
- C. Este episodio no puede atribuirse al uso de sustancias u otra condición médica.
- D. El episodio depresivo no se explica por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.
- E. No existió un episodio maniaco o hipomaniaco.

La gravedad del trastorno depresivo mayor se clasifica en función de la cantidad y la intensidad de los síntomas presentes. Estos pueden variar desde una forma leve hasta moderada, o llegar a ser graves, incluso pudiendo presentar características psicóticas en casos donde se experimentan síntomas como alucinaciones o delirios (18).

Algunos síntomas característicos que pueden manifestarse y que se incluyen en el criterio A para el diagnóstico son: sensación abrumadora de tristeza, falta de interés en las actividades diarias, problemas para dormir, falta de energía, cambios en el apetito y en algunos casos, pensamientos de muerte o suicidio. (19).

Según la Guía de Práctica Clínica en Depresión del Ministerio de Salud de Perú, los criterios diagnósticos se basan en las pautas diagnósticas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – Décima versión (CIE-10). De acuerdo con este manual los síntomas que caracterizan la depresión son: El humor depresivo, anhedonia, disminución de la vitalidad, pérdida de confianza, pensamientos de culpa e inutilidad, trastornos del sueño, trastornos del apetito. Además, se requiere que estos síntomas somáticos (humor depresivo, anhedonia, pérdida de la confianza, disminución del nivel de actividad, pensamientos de culpa, trastornos del sueño y del apetito) persistan durante un período mínimo de dos semanas. Aunque se podría aceptar períodos más cortos de duración de estos síntomas (20).

El diagnóstico diferencial debe tener en cuenta otros síndromes en los que podamos encontrar esta sintomatología. Los síntomas depresivos pueden manifestarse en ciertas condiciones orgánicas como las patologías tiroideas, tuberculosis, enfermedad de Alzheimer, entre otros ejemplos. Además, es frecuente encontrar estos síntomas en otros trastornos mentales como trastornos de ansiedad o trastornos del espectro psicótico (21). Una vez se descartan otras causas que pudieran explicar los síntomas, debe clasificarse dentro del grupo de trastornos afectivos.

En el año 2012 el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” realizó una encuesta epidemiológica en Lima Metropolitana y Callao. El objetivo fue identificar los principales problemas de salud mental, así como las particularidades sociales de las personas que lo sufrieron. La población estudiada fue personas mayores de 12 años residentes en viviendas particulares de Lima Metropolitana y Callao. Para recolectar los datos se utilizó una encuesta basada en instrumentos previos tales como: Cuestionario de Salud Mental elaborado en Colombia, Entrevista neuropsiquiátrica internacional basada en el ICD X en su versión española, Mini Mental State Examination, entre otros. Se encontró en la población una prevalencia de vida de 17.3% de trastorno Depresivo. Además, la población femenina fue la que más prevalencia de vida de trastorno depresivo presentó con 21.6%. Según distribución por conos geográficos se encontró que el cono centro presentó una prevalencia anual de trastorno depresivo de 20.5%, seguido por Lima Sur con 19.9%, Lima Este con

18.8% y finalmente Lima Norte con 14.3%. Según grupos etarios se observó que los individuos entre 25 y 44 años, junto con los mayores de 65 años presentaron una prevalencia anual de trastornos depresivos de un 7.0%. Mientras que la población entre 45 y 64 años obtuvo la menor prevalencia que fue un 5.2% (22).

Más adelante en 2015, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" desarrolló otro estudio epidemiológico sobre salud mental, pero ahora en hospitales generales y centros de salud en Lima y Callao. Evaluaron a personas mayores de edad, que acudieron a dichos establecimientos de salud en busca de atención en alguna de las 17 diferentes especialidades médicas de consultorio externo incluyendo psiquiatría (23). Algunos de estos hospitales fueron el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" y el Hospital Nacional "Hipólito Unanue", y a cada uno de estos se les añadió dos de sus mayores centros de referencia. Entre ellos se incluyeron la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10 Modificada; el Cuestionario de salud mental de Colombia modificado; el Cuestionario de autoevaluación (Self-Reporting Questionnaire (SRQ) en inglés) modificado y la Escala de discapacidad breve, entre otros.

y 5.3% en el momento de la atención. Además, se observó que las mujeres presentaban una mayor prevalencia de trastornos depresivos generales a lo largo de su vida, encontrándose hasta un 35.4%. En términos de grupos de edad, se observó que las personas entre 45 a 64 años tuvieron la prevalencia general anual más alta de trastornos depresivos, con un valor del 9.9%, seguidas por la población entre 25 a 44 años, con 9.6%.

Según la distribución por áreas geográficas, se observa que Lima Sur presentó mayor prevalencia de vida de trastornos depresivos con un 51.0% y el menor fue Lima Norte con una prevalencia de vida de 18.0% (23).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) es llevada a cabo cada año por el Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el año 2017 se encuestaron un total de 35,910 viviendas, abarcando las capitales de cada departamento, los 43 distritos de Lima Metropolitana y viviendas en zonas urbanas y rurales (24). Este cuestionario estuvo dirigido a personas mayores de 15 años e incluyó temas de salud mental, incluida la depresión. Para evaluar la

depresión se usó el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) que se encontraba en las preguntas 700 a 709 del cuestionario de salud.

Los resultados revelaron que el 7.1% de la población encuestada presentaba síntomas de depresión. Entre los afectados, el grupo más común fue la población femenina, representando un 73.4% de los casos, y el grupo de edades más afectado fueron las personas entre 26 y 44 años, con un 33.4% de prevalencia. (25). A nivel de departamentos, se observó que Lima presentó la mayor cantidad de personas con depresión con un 10.8%, seguido de otros departamentos como Puno con 8.8% y Ayacucho con 8.5% (25).

En el año 2015, el Ministerio de Salud del Perú incorporó los Centros de Salud Mental Comunitarios al primer nivel de atención mediante el Decreto Supremo N.º 033-2015-SA (26). Esta medida ha permitido un incremento en la disponibilidad de recursos humanos y una mayor oferta de servicios en el ámbito de la salud mental, especialmente en zonas económicamente desfavorecidas (27). Algunas microrredes de salud que han incorporado los Centros de Salud Mental Comunitarios duplicaron el promedio de casos de salud mental tratados. Sin embargo, a pesar de estos avances, solo un 14% de los establecimientos contaban con servicios de psicología y pocos trabajadores de salud contaban con el entrenamiento requerido (28).

Según las cifras registradas por la OMS/OPS en las estimaciones sanitarias mundiales de 2015 en cuanto a trastornos mentales, se observa que en el Perú la prevalencia de trastornos depresivos fue del 4.8%, en comparación con la media mundial que se situaba en un 4.4% (29). Al contrastar estos datos con países del primer mundo como Estados Unidos (5.9%), Alemania (5.2%), España (5.2%), Suiza (5.1%), se nota que Perú mantenía valores significativamente más bajos que la gran mayoría de estos (30). A pesar de ello, a nivel de la región de Las Américas aún se ubicaba por encima del promedio calculado para la región, que era del 4.7%, superando a países vecinos como Bolivia (4.4%), Ecuador (4.6%) y Argentina (4.7%) (29).

A pesar de la existencia de estudios previos realizados en establecimientos de salud en Lima Metropolitana, la introducción de los Centros de salud Mental Comunitarios en 2015 representó una nueva medida para promover la atención

de la salud mental desde el primer nivel de atención. Es importante destacar que, hasta la fecha, existen escasos estudios realizados en estos centros (30).

Estos establecimientos permiten una mayor accesibilidad y oferta de servicios de salud mental a la población, estableciéndose así el primer contacto entre la población con el personal de salud. El propósito del presente estudio es investigar la frecuencia de trastorno depresivo en la población atendida en estos Centros de Salud Mental Comunitarios durante el año 2017. Para de esta manera brindar información sobre la cantidad de personas que acudieron a estos nuevos centros de atención primaria debido a trastornos depresivos, identificar que grupos etarios fueron los más afectados y la distribución de los atendidos según los diferentes distritos. Así podremos tener una mejor perspectiva de cómo se encontraban estos centros de salud durante ese año.

Se espera que los resultados de este estudio aporten nuevos datos sobre los Centros de Salud Mental, que pueda brindar retroalimentación para la mejora de los CSMC. Además, estos hallazgos podrían servir como base para la realización de futuros estudios enfocados específicamente en estos centros, conocer las causas subyacentes de las estadísticas mostradas o evaluar cómo ha evolucionado la situación en años posteriores.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo cuantitativo, observacional, transversal y retrospectivo. Es cuantitativo porque los resultados del estudio serán expresados de forma numérica; observacional porque no se manipulará ninguna de las variables; transversal porque los participantes fueron evaluados una única vez y es retrospectivo porque los datos se obtuvieron de una base recolectada previamente por el Ministerio de Salud.

La investigación se realizó con una base de datos secundaria, empleando información de individuos atendidos en los CSMC por trastorno depresivo. El rango de edad de los participantes abarcó desde los 10 hasta los 80 años, y todos eran residentes de los distritos de Lima Metropolitana durante el año 2017.

Estos datos fueron recolectados por los Centros de Salud Mental Comunitarios activos en todo el país y posteriormente reportados al Ministerio de Salud de Perú durante el 2017, que es cuando se generaron y presentaron estos datos. Estos datos específicos se subieron a la Plataforma Nacional de Datos Abiertos (31). Es importante aclarar que ni este estudio ni ningún otro estudio conocido generó estos datos; en cambio, estos provienen de una base de datos secundaria reportada por los centros de salud.

Para la recopilación de los datos, se utilizó el Sistema de Información Hospitalario (HIS) como sistema de registro de los pacientes atendidos y se empleó un instrumento de recolección de datos para el tamizaje de trastornos depresivos. No se dispone de información adicional en la Plataforma de Datos Abiertos en relación con el procesamiento de los datos.

La Plataforma Nacional de Datos Abiertos permite obtener datos gubernamentales, estos son proporcionados por instituciones públicas para proyectos de investigación, que pueden utilizarse gratis (32). Los datos presentes se encuentran de manera anónima en el portal estatal: <https://www.datosabiertos.gob.pe/>. Es importante destacar que no se proporciona información detallada sobre el proceso de obtención de la información en la plataforma (32).

Los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) son establecimientos de salud que se encuentran en la categoría I – 3 o I – 4 especializados (33). Estos centros proporcionan una variedad de servicios de atención especializada y están dotados con un equipo profesional multidisciplinario que incluye médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros. Su objetivo principal es encargarse de prestar diversos servicios de atención especializada a distintos grupos etarios tales como niños, adolescentes, adultos mayores.

Estos CSMC desempeñan un papel fundamental en la prestación de servicios ambulatorios especializados para individuos que enfrentan problemas mentales y/o psicosociales. Además, se dedican a garantizar la continuidad de la atención para estas personas, asegurando que reciban el seguimiento y cuidado necesario para su bienestar (33).

El instrumento utilizado para recoger datos de los pacientes fue la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), basado en la CIE-10 en el que se obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Aunque la base de datos no proporciona información detallada sobre el proceso de recolección de datos, se incluye el cuestionario MINI como una herramienta de recolección de información. Esto sugiere que se empleó este método en las evaluaciones clínicas.

El cuestionario MINI es conocido por su alta validez y confiabilidad, y su ventaja radica en ser de fácil aplicación, ya que lleva aproximadamente 15 minutos en promedio y no requiere de un entrenamiento intenso como otros instrumentos (34). Este cuestionario para trastorno depresivo mayor está basado en los criterios de diagnóstico del CIE-10, dividiéndose en 3 segmentos (A1, A2 y A3), con un total de 12 preguntas. Los pacientes fueron interrogados acerca de su estado de ánimo, cambios en el apetito, problemas de sueño, falta de confianza, presencia de ideas negativas, todo ello en el transcurso de las últimas dos semanas. Además, se le interrogó sobre la existencia de otros periodos de depresión y si habían experimentado al menos 2 meses de bienestar entre episodios, con el fin de determinar si se trata de un episodio recurrente (Anexo 1).

El estudio consideró a los pacientes que fueron atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Metropolitana y que estaban registrados en la base de datos, cumpliendo con los criterios de elegibilidad. Dado que se utilizó la totalidad de los pacientes que cumplían con estos criterios, no fue necesario realizar un cálculo de tamaño de muestra. La base de datos inicialmente registró un total de 11355 personas de diferentes grupos etarios que habían sido atendidos en estos centros. Sin embargo, luego de aplicar los criterios de elegibilidad, se excluyeron 2104 personas, quedando un total de 9251 participantes que fueron considerados para el estudio.

Las Direcciones de Redes Integrales de Salud son unidades pertenecientes al Ministerio de Salud que supervisan y coordinan las operaciones de los establecimientos de salud en todo Lima Metropolitana. Estas direcciones se encuentran estructuradas de acuerdo con las áreas geográficas bajo su jurisdicción (35).

La DIRIS Lima Centro está conformada por los siguientes distritos: Breña, Jesús María, La Victoria, Cercado de Lima, Lince, Magdalena, Miraflores, Pueblo Libre, San Borja, San Isidro, San Juan de Lurigancho, San Luis, San Miguel y Surquillo.

La DIRIS Lima Norte está compuesta por los distritos de: Ancón, Carabayllo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, San Martín de Porres, Santa Rosa

La DIRIS Lima Este abarca los distritos de: Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho – Chosica y Santa Anita.

Por su parte, la DIRIS Lima Sur está conformada por los siguientes distritos: Barranco, Chorrillos, Lurín Pachacamac, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, Santiago de Surco, San Juan de Miraflores, Santa María del Mar, Villa El Salvador y Villa María del Triunfo

Los datos fueron procesados utilizando el software de hoja de cálculo “Microsoft Excel”. Inicialmente se seleccionaron los registros correspondientes a Lima Metropolitana tomando en cuenta las variables de “Departamento”, “Provincia” y “Distrito”. En la variable de diagnóstico se seleccionó la categoría de “Trastorno

Depresivo". En cuanto a la variable edad, se excluyó a los pacientes menores de 10 años, con el fin de trabajar grupos etarios de preadolescentes hasta adultos mayores.

El registro del número de pacientes se realizó utilizando la variable de "atendidos". Esta variable engloba tanto a los pacientes nuevos como a los pacientes reingresantes. Los pacientes nuevos son aquellos que visitan el centro de salud por primera vez en su vida, mientras que los pacientes reingresantes son aquellos que acuden por primera vez en el año, pero han sido atendidos en años anteriores (36).

Esta variable de "Atendidos" se refiere al total de pacientes que fueron registrados en la base de datos, los cuales acudieron a los CSMC. Es importante destacar que esta variable no indica el número individual de pacientes, sino más bien el recuento global de pacientes atendidos en estos centros de salud. Estos datos se encuentran categorizados y englobados según diversos criterios, tales como el distrito de procedencia de los pacientes, el mes de atención en el que buscaron los servicios, el grupo de edad al que pertenecen y su sexo.

Es importante señalar que la base de datos no contiene registros de datos faltantes para las variables utilizadas en el estudio. Se generaron tablas de frecuencia para analizar las características sociodemográficas como sexo y la edad de los encuestados. Asimismo, se incluyeron tablas adicionales para evaluar la prevalencia por distrito y por Redes Integradas de Salud.

En cuanto a la definición operacional, es importante comprender el significado de ciertos términos utilizados en el estudio. Entre las variables empleadas en la investigación, se encuentran: "Edad", "Sexo", "Procedencia", "Población", "Mes de atención", "Trastorno Depresivo", "Atendidos" y "Centros de Salud Mental Comunitarios" (ver ANEXO 2).

Por lo tanto, en el contexto de este estudio, "Edad" se refiere a la categorización de los individuos en grupos de edades predefinidos. "Sexo" hace referencia al género de los participantes, mientras que "Procedencia" se refiere al lugar de origen o residencia de estos. "Población" se refiere a la cantidad total de individuos en una ubicación geográfica determinada, "Mes de atención" hace

referencia al mes en el cual los pacientes recibieron atención en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

La variable "Trastorno Depresivo" se relaciona con la presencia o ausencia de este tipo de trastorno en los pacientes, mientras que "Atendidos" se refiere a la población que acudió a los establecimientos de salud para recibir atención, considerando tanto a nuevos pacientes como a aquellos que ya habían sido atendidos en años anteriores. Por último, "Centros de Salud Mental Comunitarios" hace referencia a los establecimientos de salud donde se brindó la atención a los participantes del estudio.

Se debe resaltar que, en esta base de datos, la variable "Edad" fue registrada en rangos o intervalos de edad específicos. Sin embargo, la base de datos no proporciona información detallada sobre los criterios específicos utilizados para dividir las edades en estos intervalos, pero se puede inferir que esta división se llevó a cabo para facilitar el análisis y la presentación de los resultados en grupos más manejables.

III. RESULTADOS

Dentro de los principales resultados se encontró que de 11355 personas que fueron atendidos en los establecimientos de salud, 9251 de estas cumplieron los criterios de elegibilidad. De este nuevo total se observó que el 69.4 % fueron mujeres, atendidas en total los Centros de Salud Comunitarios. En cuanto a las edades tenemos que el 22.9% (n=2123) de los pacientes que acudieron a los CSMC se encontraban entre los 40 a 59 años, seguido de los pacientes entre 30 a 39 años (17.2%). (Tabla 1).

Tabla 1. Características Socio Demográficas de la población atendida en Lima Metropolitana en el año 2017	
Características	n (%)
Población atendida	9251
Sexo	
Masculino	2829 (30.6)
Femenino	6422 (69.4)
Grupo etareo (años)	
10 a 11	409 (4.4)
12 a 14	819 (8.9)
15 a 17	669 (7.2)
18 a 24	1557 (17.0)
25 a 29	949 (10.3)
30 a 39	1594 (17.2)
40 a 59	2123 (22.9)
60 a 79	959 (10.4)
80 a +	152 (1.6)

Del total de la población, 2249 personas fueron atendidas con el diagnóstico de Trastorno Depresivo, lo cual representa el 24.3%. De los pacientes diagnosticados, el 74.2% (n=1669) fueron del sexo femenino. En cuanto al rango de edades podemos observar que el grupo de personas que se encontraban entre 40 a 59 años ocuparon el 27.2% (n=611)

Tabla 2. Características Socio Demográficas de la población atendida por Trastorno Depresivo en los Centros de Salud Mental Comunitaria de Lima Metropolitana en el año 2017	
Características	n (%)
Población atendida	2249
Sexo	
Masculino	580 (25.8)
Femenino	1669 (74.2)
Grupo etareo (años)	
10 a 11	28 (1.2)
12 a 14	124 (5.5)
15 a 17	121 (5.4)
18 a 24	382 (17.0)
25 a 29	219 (9.7)
30 a 39	353 (15.7)
40 a 59	611 (27.2)
60 a 79	339 (15.1)
80 a +	72 (3.2)

Según la distribución por distritos encontramos que el distrito de Villa El Salvador fue el que registró mayor cantidad de atendidos en los CSMC con un total de 1153. Pachacamac fue el siguiente distrito con mayor registro de atendidos (983) junto con Pueblo Libre que atendió un total de 905. Ahora, entre los distritos que menos atenciones registraron está Punta Hermosa que registra 2 atendidos y Punta Negra (7) y Pucusana (13).

En cuanto a la distribución de frecuencia de personas diagnosticadas con Trastorno depresivo en centros de salud mental comunitario por distrito, encontramos que el distrito de San Luis presenta el mayor porcentaje (69.0%), seguido de La Molina (61.1%), Punta Hermosa (50.0%), Chaclacayo (44.7%) y Breña (38.1%). La estimación de la frecuencia total en Lima Metropolitana fue de 24.3%.

Tabla 3: Frecuencia del trastorno depresivo en los atendidos en CSMC según distritos de Lima Metropolitana en el año 2017			
Distritos	Población atendida	Total atendidos por Trastorno Depresivo	Proporción de atendidos por Trastorno Depresivo
San Luis	71	49	69.01%
La Molina	95	58	61.05%
Punta Hermosa	2	1	50.00%
Chaclacayo	199	89	44.72%
Breña	194	74	38.14%
Lima	338	123	36.39%
El Agustino	290	101	34.83%
San Martín de Porres	285	98	34.39%
Punta Negra	9	3	33.33%
San Bartolo	21	7	33.33%
La Victoria	88	29	32.95%
Villa el Salvador	1153	378	32.78%
Cieneguilla	32	10	31.25%
Los Olivos	618	183	29.61%
Surco	162	46	28.40%
San Juan de Lurigancho	39	11	28.21%
Lurin	162	45	27.78%
Rimac	243	57	23.46%
Ate	516	117	22.67%
Villa María del Triunfo	583	129	22.13%
Barranco	113	25	22.12%
Pueblo Libre	905	191	21.10%
Lince	105	20	19.05%
Chosica	384	70	18.23%
Magdalena del Mar	101	16	15.84%
Chorrillos	838	128	15.27%
Santa Anita	262	40	15.27%
San Juan de Miraflores	386	58	15.03%
San Borja	55	6	10.91%
Pachacamac	983	86	8.75%
Pucusana	13	1	7.69%
Jesús María	6	0	0.00%
TOTAL:	9251	2249	24.31%

Luego, agrupando los distritos según las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) a las que pertenecen, obtuvimos que la DIRIS de Lima Sur fue la que mayor número de atendidos registró (n= 4425). En cuanto a la proporción de trastorno depresivo en la población atendida fue: En Lima Norte obtuvo el mayor porcentaje (29.5%). Luego sigue Lima Este y Lima Sur, donde hubo una proporción de 27.3% en ambos. Y al final en Lima Centro se registró una proporción de 20.5 %.

Tabla 4: Frecuencia del trastorno depresivo según atención en las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana en el año 2017

DIRIS	Centros de Salud Mental Comunitarios	Población atendida	Total atendidos por Trastorno Depresivo	Proporción de atendidos por Trastorno depresivo
LIMA NORTE	4	1146	338	29.49%
LIMA SUR	8	1902	519	27.29%
LIMA ESTE	2	1778	485	27.28%
LIMA CENTRO	4	4425	907	20.50%
TOTAL	18	9251	2249	24.31%

IV. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con el objetivo de observar la frecuencia de casos atendidos por trastorno depresivo en los CSMC de Lima Metropolitana que estuvieron activos durante el año 2017. De acuerdo con los resultados obtenidos, encontramos que de un total de 9251 personas que acudieron a estos centros, el 24.3% de personas fueron atendidas por trastorno depresivo.

Observamos que la población femenina fue la más frecuente, registrando el 74.2% de los atendidos por trastornos depresivos. Asimismo, se identificó que el rango de edades más común entre los pacientes atendidos por trastorno depresivo abarcó desde los 40 hasta los 59 años. En cuanto a la distribución por distritos, se observó que Villa El Salvador, Pueblo Libre y Los Olivos fueron los que registraron la mayor cantidad de personas atendidas por trastorno depresivo.

El estudio fue realizado con el propósito de conocer la frecuencia del trastorno depresivo en los Centros de Salud Mental Comunitaria en Lima Metropolitana. Estos centros habían estado en funcionamiento durante dos años en el sistema de salud al momento del estudio en 2017. Se espera que los hallazgos sirvan de punto de partida para futuras investigaciones relacionadas con la atención en los centros de atención primaria o los CSMC en Lima Metropolitana, abordando aspectos de la salud mental que permitan comparar los resultados con los obtenidos en este estudio.

Considerando los informes proporcionados por la OMS/OPS sobre la situación de la depresión en Perú, así como los datos recopilados por la ENDES que posicionan a Lima como el departamento con mayor frecuencia de depresión, se debe abordar de manera efectiva y específica la problemática de la salud mental, especialmente en la población limeña.

Los resultados obtenidos en el estudio también muestran la importancia de investigar y comprender los factores de riesgo y los determinantes sociales que pueden contribuir al desarrollo de trastornos depresivos en la población. Esto puede ayudar a diseñar intervenciones más efectivas y específicas en cuanto a temas de prevención.

En el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" en 2015, se observó que se registró una prevalencia de vida de 30.2% en los establecimientos de salud (23). Aunque en este estudio encontramos que la frecuencia de Trastorno Depresivo en los CSMC fue de 24.3%, es importante tener en cuenta que estas cifras representan diferentes poblaciones y contextos. El estudio del INSM en Lima Metropolitana fue una investigación de prevalencia que abarcó a una población considerablemente más amplia. Además, la población encuestada incluyó pacientes nuevos, continuadores y reingresantes que asistían por diferentes motivos además de los relacionados a temas de salud mental. En contraste, el presente estudio mide exclusivamente la frecuencia de los pacientes atendidos (nuevos y reingresantes) en los Centros de Salud Mental Comunitarios, donde los motivos de atención estuvieron relacionados con temas de salud mental.

En un estudio publicado el 2022 en los CSMC de la provincia de Caylloma en Arequipa, se evidenció que para 2019 la frecuencia de trastorno depresivo fue del 9.6 %. Sin embargo, en los años subsiguientes, es decir para 2020 y 2021, reportaron una frecuencia de trastorno depresivo de 45.8% y 44.6 % respectivamente (37). El resultado inicial encontrado en 2019 es inferior al de nuestro estudio, lo que concuerda con los datos reportados por la encuesta ENDES, donde Arequipa presenta una menor frecuencia de trastorno depresivo en comparación con el departamento de Lima (26).

En los años posteriores observamos un aumento en la frecuencia de trastorno depresivo en Arequipa, incluso superando al registrado en Lima Metropolitana mediante el presente estudio. Este aumento podría estar relacionado con el inicio de la pandemia por COVID-19 y las medidas de distanciamiento social implementadas por el gobierno para su manejo. Por otro lado, en países como España, se reportó que la prevalencia del trastorno depresivo en los centros de atención primaria al año 2012 oscilaba entre el 9.6% y el 20.2% (38).

Podemos ver que el 74.2% de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo en este estudio fueron mujeres, lo cual concuerda con las investigaciones anteriores que señalan que las mujeres tienen una mayor

probabilidad de desarrollar trastornos depresivos en comparación con los hombres.

En el estudio epidemiológico de 2012 realizado en 2012 por el Instituto Nacional "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" en la población general, se encontró que la mayor prevalencia anual de trastornos depresivos se observó en la población mayor de 65 años. Por otro lado, en el mismo instituto, pero en un estudio enfocado en establecimientos de salud durante el año 2015, se señaló que la mayor prevalencia general anual de trastornos depresivos correspondió al grupo de edad entre 45 y 64 años (22, 23). En el presente estudio, la frecuencia de trastorno depresivo según la distribución por edades fue mayor en la población entre 40 y 59 años. Estos resultados son consistentes con los hallazgos previos que indican que los grupos de edad más avanzada pueden tener una mayor prevalencia de trastornos depresivos (22,23,25).

En otro estudio realizado en centros de atención primaria en Chiclayo durante el año 2016, se constató que el 30.8% de los adultos mayores con edades entre 60 y 95 años, que buscaron atención en estos centros presentaban síntomas depresivos. Además, se identificó que la deficiencia en el estado cognitivo y factores de riesgo sociofamiliar fueron los más comunes entre los factores relacionados (39). Estos hallazgos sugieren que la frecuencia de trastornos depresivos tiende a ser más elevada en la población adulta y adulta mayor.

Es importante realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno en el grupo etario de los adultos mayores, ya que los episodios depresivos en esta población pueden evolucionar hacia un deterioro cognitivo e incluso llegar a presentar señales de demencia en un corto periodo después del inicio de los síntomas depresivos (40). Se ha observado que más del 60% de los pacientes geriátricos con depresión presentan algún grado de deterioro cognitivo leve. Al comparar a individuos depresivos sin alteraciones cognitivas con aquellos que presentaron alteraciones cognitivas leves a moderadas, se han identificado patrones neuropsicológicos y de electroencefalograma notablemente similares (41).

Este fenómeno enfatiza la importancia de una detección temprana y un manejo integral de los problemas de salud mental en este grupo. La atención precoz no

solo puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también contribuir a la prevención de posibles complicaciones neuropsiquiátricas a largo plazo.

Es esencial que los médicos de la atención primaria reconozcan que los pacientes adultos mayores no siempre van a presentar la sintomatología típica de la depresión. Por lo tanto, la evaluación debe basarse en una historia clínica cuidadosa para captar las características actuales de la depresión y descartar otros trastornos orgánicos que puedan imitar los síntomas del trastorno depresivo (42). Se sugiere el uso de la escala de Yesavage, una herramienta que parece una opción válida en el nivel primer de atención (43). Esta escala es un instrumento de cribado para la depresión, su versión abreviada consta de 15 preguntas de respuesta "Sí/No". Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere la presencia de depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% (44). Estos enfoques deben ser considerados para el diseño de programas de detección y evaluación en este grupo etario, además de implementar iniciativas de promoción de la salud desde edades tempranas. Otras medidas que se pueden llevar a cabo son la programación de actividades orientadas a los adultos mayores para mejorar sus capacidades cognitivas y promover un mejor entorno social y familiar.

Al analizar la distribución de casos de trastorno depresivo según el distrito de procedencia de los pacientes, se observa una marcada variabilidad en las prevalencias identificadas. Dentro de los distritos que registraron una mayor frecuencia de atendidos por trastorno depresivo, sobresalen San Luis con un 69.0% entre los 71 pacientes atendidos, seguido de La Molina con un 61.0% entre los 95 pacientes atendidos. En contraposición, distritos como Jesús María, aunque registraron pacientes atendidos por otros problemas de salud mental, no presentaron ningún caso de paciente que solicitara atención específica por trastorno depresivo.

Por otro lado, el distrito de Punta Hermosa reportó la menor cantidad de atendidos, con solo dos pacientes atendidos y uno de ellos por trastorno depresivo, lo que se traduce en una frecuencia del 50%. No obstante, es importante señalar que este porcentaje no refleja adecuadamente la magnitud

total de la atención en este distrito, dada la reducida cantidad de atendidos reportados tanto en el total de pacientes atendidos como en aquellos con trastorno depresivo. Esto podría ser un efecto de la variabilidad que puede surgir debido a la pequeña cantidad de personas atendidas que residían en estos distritos. Es decir, no se puede concluir con certeza que esta sea la frecuencia real de trastornos depresivos ya que es posible que los resultados estén alterados debido a la posibilidad que la base de datos presente casos de subreporte.

Lima Metropolitana está conformada por 43 distritos, entre los cuales vemos que solo 14 distritos presentaron Centros de Salud Mental Comunitarios para el año 2017. También podemos observar que los distritos que no registraron ningún tipo de atendido fueron: Ancón, Carabaylo, Comas, Independencia, Miraflores, Puente Piedra, San Isidro, San Miguel, Santa María del Mar, Santa Rosa y Surquillo. Otros distritos como Jesús María, si bien hubo registros por otras enfermedades mentales, no registraron atendidos por trastornos depresivos, esto estaría asociado al tema de subreportes de atendidos.

En el área de la atención primaria, el subdiagnóstico de los trastornos depresivos es una problemática común que conlleva consecuencias negativas en el bienestar de los pacientes, en la salud pública e incluso en los costos de los servicios de salud (45). Muchos médicos de la atención primaria tienden a atribuir la depresión a factores como el estrés cotidiano, el aislamiento social y las dificultades económicas. En algunos casos, esta depresión llega a considerarse “justificada” debido a las diversas adversidades que enfrentan los pacientes, lo que resulta en que no reciban el diagnóstico ni el tratamiento oportuno. (45). Esta cuestión también se observa en el Perú, se puede observar la existencia de reportes de subdiagnóstico en el “Centro Médico de Salud Villa Los Reyes”, ubicado en Ventanilla. En este caso particular, la frecuencia de subdiagnóstico alcanzó un 97.8% entre la población que buscó atención en dicho Centro de Salud (46).

Una de las posibles causas de la falla en el diagnóstico del trastorno depresivo está ligada al conocimiento de la población general sobre la depresión, sus síntomas, dónde buscar ayuda y como debe ser el tratamiento. Un estudio

realizado en Colombia reveló que más del 50% de los familiares de pacientes con diagnóstico de depresión carecían de un entendimiento básico sobre la depresión y no pudieron reconocer sus síntomas (47). Al no reconocerla como una enfermedad mental impide que las personas busquen atención médica. Además, menos de la mitad de los entrevistados identificaron los centros de atención primaria como lugares adecuados para el tratamiento de los trastornos depresivos. Esto puede llevar a que los pacientes no busquen consulta médica a tiempo, lo que resulta en un subdiagnóstico de la afección y puede comprometer la eficacia de su tratamiento.

Otras causas relacionadas podrían estar vinculadas a factores organizacionales propios del sistema de salud, como la limitación del tiempo en las consultas médicas o la continuidad en la relación con el médico tratante. Estos factores, junto con las barreras para acceder a los servicios de salud pueden dificultar que los profesionales de la salud motiven a los pacientes a compartir sus malestares (48). Además, factores sociales también desempeñan un papel importante; los niveles socioeconómicos bajos y grupos minoritarios tienden a ser los más afectados. También es relevante considerar la estigmatización asociada a la enfermedad con comentarios que pueden sugerir que la depresión es una invención que medicaliza la tristeza o que la infelicidad crónica no es tratable mediante terapia (48).

Es importante tener en cuenta que los CSMC se implementaron el año 2015, pero no fue hasta 2017 que recibieron una Norma Técnica que definió su marco normativo, organización y funcionamiento de estos. Esto podría haber llevado a que muchas personas con trastornos depresivos optaran por buscar atención en sus puestos de salud locales en lugar de acudir a estos nuevos centros de salud mental, que no estaban presentes en todos los distritos.

El subdiagnóstico del trastorno depresivo conlleva consecuencias negativas significativas como las disfunciones familiares, la presencia de sintomatología inespecífica, bajo rendimiento en el ámbito educativo o laboral, reducción en la eficiencia en la realización de tareas, manifestación de conductas de aislamiento y/o frecuentes conflictos interpersonales. En los casos más graves, los pacientes no diagnosticados pueden incluso llegar al suicidio (49). Esta situación es

preocupante debido a las repercusiones socioeconómicas, laborales y personales que trae, sobre todo porque la mayoría de estos trastornos podrían beneficiarse de un tratamiento y diagnóstico adecuado. Es importante destacar que muchos de estos casos no diagnosticados podrían evitarse mejorando aspectos sociodemográficos tales como la educación, el acceso a servicios de salud de calidad y la superación de barreras que dificultan el diagnóstico de la depresión en grupos como la población masculina y los adultos mayores (50).

Dentro de sus objetivos principales con relación a los trastornos depresivos, la OMS ha incluido el fortalecimiento de los sistemas de información y la promoción de investigaciones sobre salud mental, con el fin de poder brindar una atención integral que tenga impacto sobre los factores determinantes de la salud (51). Para alcanzar esta meta, se propone la implementación de estrategias en la historia clínica que incluyan información relevante sobre el contexto personal, familiar y social de los pacientes. Además, se sugiere la integración de herramientas de tamización que ayuden al médico de atención primaria en el logro de un diagnóstico preciso. (51). La existencia de estas herramientas de tamizaje desempeña un papel fundamental en la detección de estos trastornos depresivos. Existen numerosos instrumentos de tamizaje como pueden ser: Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), MINI, Escala de depresión de Hamilton (HRSD), Beck Depression Inventory (BDI), PHQ-9, entre otros (52).

Uno de los instrumentos más utilizados es el PHQ-9, el cual, según un estudio realizado en Chile, ha demostrado valores de sensibilidad y especificidad adecuados, lo que lo hace especialmente útil para descartar trastornos depresivos más que como una prueba confirmatoria. Por lo tanto, consideran que el PHQ-9 es una herramienta efectiva en los centros de atención primaria de Chile (53). En Perú, en el año 2012, el cuestionario PHQ-9 fue evaluado mediante juicio de expertos como un instrumento válido para el diagnóstico de la depresión que puede ser aplicado en la población peruana (54).

Además, en estudios realizados en centros de atención primaria de Estados Unidos, se concluyó que es factible mejorar el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos mediante la utilización del PHQ-9 en conjunto con

algoritmos de tratamiento (55). Siguiendo estas recomendaciones, los médicos de la atención primaria deberían mejorar el reconocimiento de los trastornos depresivos, brindar el tratamiento oportuno y, si es necesario, derivar a los pacientes a centros más especializados.

Entre la distribución según Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) podemos observar que la DIRIS Lima Centro es la que atendió a más pacientes. En cuanto a la frecuencia de trastorno depresivo, la DIRIS Lima Norte tuvo la mayor frecuencia, seguida por Lima Sur y Lima Este, y la menor frecuencia fue en la DIRIS Lima Centro.

En términos poblacionales el estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" se han reportado bajas prevalencias de depresión en Lima Norte. Aunque no puede realizarse la comparación debido al diseño de nuestro estudio, ambos estudios poseen distintos indicadores, además que tendrían que evaluarse distintas variables como pueden ser socioeconómicas, culturales o demográficas, por lo que se necesitan investigaciones adicionales.

Por otro lado, aunque Lima Este tenía solo dos CSMC, tuvo una frecuencia similar a la de Lima Centro, que contaba con cuatro CSMC. Esto podría indicar que los recursos de salud mental en Lima Este se están asignando y distribuyendo eficazmente, aunque haya menos CSMC que otras jurisdicciones de red de salud. Sería provechoso analizar cómo ha cambiado este panorama, ya que en estos años el número de CSMC en la capital ha aumentado considerablemente, pasando de contar con 18 Centros de Salud Mental Comunitaria a 38 en Lima Metropolitana.

Es importante destacar algunas de las limitaciones de este estudio, las cuales deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, los datos provienen exclusivamente de los CSMC en Lima Metropolitana, lo que limita la generalización de los hallazgos, tanto al sistema de salud como a las otras regiones del Perú. Además, no se han explorado otros factores que podrían estar relacionados con la prevalencia de trastornos depresivos, como factores socioeconómicos, la historia familiar, el uso de drogas o la presencia de otras

enfermedades crónicas. La inclusión de estos factores en futuros estudios podría proporcionar una comprensión más completa de la problemática.

El estudio solo se enfocó en pacientes diagnosticados y atendidos en los CSMC, lo que representa la frecuencia de atendidos en dichos centros, sin estimaciones de prevalencia real de trastornos depresivos en la población. Existe la posibilidad de que haya individuos con síntomas depresivos que aún no han sido diagnosticados o no han buscado atención médica debido a diversas razones, como el estigma social asociado a las enfermedades mentales o la falta de acceso a servicios de salud mental. También es importante tener en cuenta que algunas personas podrían estar recibiendo atención para trastornos depresivos en otros establecimientos de atención primaria, en instituciones como EsSalud, en sanidades de las Fuerzas Armadas, en consultorios privados u otras entidades prestadoras de salud.

Si bien el objetivo inicial del estudio era evaluar la prevalencia de la enfermedad en estos centros, a medida que avanzó la investigación se llegó a la conclusión que los datos recopilados estaban relacionados con la frecuencia de atendidos, sin estimaciones de prevalencia real. Esta diferencia entre la intención original y los resultados obtenidos es una consideración importante al interpretar los hallazgos.

Además, se debe tener en cuenta que el estudio solo consideró a pacientes atendidos, que abarca tanto a los pacientes nuevos como a los reingresantes que acuden a los CSMC. De esta manera, los pacientes continuadores que presentaban la enfermedad y se encontraban recibiendo tratamiento en estos centros no fueron tomados en cuenta dentro del estudio, lo que podría subestimar la magnitud real de la enfermedad en la población.

Otra limitación crucial del estudio estaría relacionada a posibles problemas de subreporte del trastorno depresivo en la base de datos utilizada. Este problema puede sugerir que la calidad de la base de datos no sea del todo buena. El subreporte del trastorno depresivo es un fenómeno frecuente en la atención primaria, y cerca de la mitad de los pacientes con este trastorno no han sido diagnosticados ni reciben tratamiento adecuado (56). Este subreporte afecta a menudo a pacientes jóvenes, que pueden tener formas leves de la enfermedad

y y que no se perciben a sí mismos como pacientes con trastorno depresivo. Por tal motivo se consideró calcular el total de casos de trastorno depresivo esperado por cada distrito y así tener el porcentaje de subdiagnóstico de cada uno, pero al no contar con un reporte fiable sobre la tasa de incidencia en cada uno de estos distritos durante el año 2017 se optó por no realizarse. Por lo tanto, es importante destacar que cualquier conclusión derivada del estudio debe ser considerada en relación con esta limitación. Esta limitación resalta la necesidad de contar con datos más sólidos y confiables en futuras investigaciones para obtener una comprensión más completa y precisa de los trastornos depresivos en la población estudiada.

Adicionalmente a las limitaciones mencionadas, la información proporcionada en la base de datos es insuficiente en cuanto al proceso de recolección y procesamiento de los datos, lo que resulta en una falta de claridad sobre ciertos aspectos cruciales de la metodología del estudio. En futuras investigaciones, es importante proporcionar una descripción detallada de los métodos utilizados para la recolección y el procesamiento de los datos, lo que permitirá una evaluación más precisa y rigurosa de la metodología y los resultados del estudio.

V. CONCLUSIONES

En este estudio observamos que a nivel de Centros de Salud Mental Comunitarios ubicados en Lima Metropolitana hubo una frecuencia de 24,3 % de trastornos depresivos, siendo la población femenina la que presentó mayor probabilidad de acudir a estos centros por trastornos depresivos. En cuanto a edades más frecuentes fueron las personas de entre 40 y 59 años, seguido por la población joven de 18 a 24 años.

En cuanto a la frecuencia de atendidos por distritos se observa una variabilidad significativa. Podemos apreciar que el distrito de Villa El Salvador fue el que más registros de atendidos reportó, junto con los distritos de Pachacamac y Pueblo Libre. Ahora, entre los distritos que menos atenciones registraron están los distritos de los balnearios del Sur como Punta Hermosa que registra tan solo 2 atendidos o Punta Negra que registra 7 atendidos.

La frecuencia de personas diagnosticadas con trastorno depresivo encontramos que el distrito de San Luis presentó una frecuencia de 69% de atendidos por trastorno depresivo, seguido de La Molina con un 61.1%. Entre los distritos con menor frecuencia de trastorno depresivo en los Centros de Salud Mental reportaron a Pucusana con 7,7% y Pachacamac con 8,7%. No se puede concluir con certeza que la frecuencia real de trastornos depresivos en esos distritos sea considerablemente elevada, ya que es posible que los resultados estén sesgados por temas de subreporte.

Ya pasando a la agrupación de distritos según las jurisdicciones de cada Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) encontramos que la DIRIS Lima Sur registró la mayor cantidad de atendidos en los respectivos CSMC, mientras que Lima Norte fue el que menos atendidos registró. Lima Norte presentó la mayor cantidad con un total de 29.5 % y siendo Lima Sur la que obtuvo una frecuencia de 20.5 %, siendo la menor frecuencia registrada entre las DIRIS.

Es importante destacar que la base de datos utilizada para el estudio presenta problemas de subreportes en los CSMC, esto podría indicarnos que existen errores en la base de datos los cuales afectan a la calidad de esta. Por eso los resultados o conclusiones que se puedan sacar de este estudio están vinculados a esta limitación y no pueden ser tomados como valores absolutos o precisos.

VI. RECOMENDACIONES

- Se sugiere llevar a cabo nuevas investigaciones utilizando una base de datos actualizada y de mejor calidad, considerando los eventos recientes como el aumento del número de Centros de Salud Mental Comunitarios, la pandemia por COVID-19 y el impacto de la cuarentena en la salud mental.
- Implementar en la historia clínica un cuestionario que incluya información acerca del contexto personal, familiar y social de los pacientes.
- Incentivar a los médicos de atención primaria a utilizar las herramientas de tamización para lograr una mejor detección de los trastornos depresivos.
- Educar a la población sobre los trastornos depresivos, buscando promover la conciencia pública sobre estos mediante campañas de sensibilización sobre la salud mental y reducción del estigma de los problemas mentales, facilitando así la aceptación por parte de los pacientes y sus familias.
- Promover estilos de vida saludables que incluyan el ejercicio regular, una alimentación equilibrada y un sueño adecuado, especialmente en la población adulta y adulta mayor.
- Brindar consejería a las personas afectadas y a sus seres queridos sobre las redes de apoyo social.
- Capacitar al personal de salud para mejorar la detección de enfermedades mentales.
- Mejorar el acceso de la población a Centros de Salud Mental Comunitaria para lograr un diagnóstico temprano y adecuado seguimiento del tratamiento.

VII. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:

1. Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático [Internet]. Who.int. [cited 2023 May 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
2. Rondón Marta B. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2006 Oct [citado 2021 Noviembre 14]; 23(4): 237-238. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es
3. 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022 Feb;9(2):137-150. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
4. Gutiérrez-Rojas L, Porrás-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. Rev Bras Psiquiatr. 2020 Nov-Dec;42(6):657-672. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0650.
5. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2010;45(2):201–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
6. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2019 [citado el 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
7. Pan-American Life Insurance Group. La salud mental en América Latina y el Caribe: La pandemia silenciosa [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.palig.com/Media/Default/Documents/Salud%20Mental%20White%20Paper%20PALIG.pdf>
8. Pan American Health Organization. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018 [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2018.

- Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y
9. Corea Del Cid M. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista Médica Honduras [Internet]. 2021;89(1):51–68. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
 10. Crempien C Carla, de la Parra C Guillermo, Grez B Marcela, Valdés F Camila, López M María José, Krause J Mariane. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2017 Abr [citado 2023 Mayo 25]; 55(1): 26-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000100004>.
 11. MINSA. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL PERÚ 2018. BVS. [Internet]. 2018 ov [citado 2021 octubre 30]; Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
 12. WHO. World Health Organization. WHO web site. [Online].; 2020 [cited 2023 Julio 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>.
 13. Cruz Pérez G. DE LA TRISTEZA A LA DEPRESIÓN. Revista electrónica de Psicología Iztacala. ; 15(4): p. 1310 - 1325.
 14. Cárdenas Suarez LD. Los neurotransmisores en el funcionamiento del cuerpo humano y las emociones. Propuesta didáctica para estudiantes de ciclo IV. ;: p. 81.
 15. Díaz Villa BA, González González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Revista Latinoamericana de Psiquiatría. 2017; 11(3): p. 106-115.
 16. Lartigue T, Maldonado-Durán JM, González-Pacheco I. Depresión en la etapa perinatal. Perinatología y reproducción humana. 2017; 22(2): p. 111-131.
 17. Zung W WK. Chapter 21: Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. In Zung WWK. Assessment of Depression.; 1986. p. 221-222.

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Publishing AP, editor. Arlington: DSM Permissions; 2017.
19. Pérez Urdániz, A., 2015. Curso Básico De Psiquiatría. 1st ed. [Salamanca]: IBSAL, p.240.
20. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Salud Mental. Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría: Guía de práctica clínica en depresión y guía de práctica clínica en conducta suicida. [Internet]. 2008 [citado 2021 octubre 31]; Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf>
21. Álvarez-Mon, M. A., Vidal, C., Llaverro-Valero, M., & Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(86), 5041–5051. doi:10.1016/j.med.2019.09.012
22. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi.” ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LIMA METROPOLITANA Y CALLAO - REPLICACIÓN 2012. Anales de Salud Mental [Internet]. 2013; XXIX. Available from: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
23. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi.” ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES Y CENTROS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA - 2015. Anales de Salud Mental [Internet]. 2013; XXXIV. Available from: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2017 [Internet]. Lima; 2018 [citado el 18 de junio de 2023] Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/SALUD/ENFERMEDADES_END ES_2017.pdf
25. Carrasco A, Miluska L. Factores clínicos epidemiológicos asociados a depresión en el Perú en el año 2017. Universidad Ricardo Palma; 2019.

26. Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/193601-033-2015-sa>
27. Calla-Torres Milagros, Hurtado-Ruiz María, Galvez-Olortegui José, Li-Amenero César. Centros de salud mental comunitaria: ¿Son la solución para los problemas de salud mental en el primer nivel de atención?. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 abr [citado 2023 Mayo 24]; 14(2): 253-254. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000200026&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.142.1093>
28. Hidalgo BL. Perú: Realizando esfuerzos continuos para mejorar el acceso e incrementar los recursos en salud mental [Internet]. Mental Health Innovation Network. 2019 [citado el 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mhinnovation.net/blog/2019/jan/28/per%C3%BA-realizando-esfuerzos-continuos-para-mejorar-el-acceso-e-incrementar-los>
29. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. 2017 [citado el 29 de junio de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
30. MINSA. Ministerio de Salud: Minsa implementa 22 nuevos Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2015 [Internet]. Gob.pe. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2015 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29812-minsa-implementa-22-nuevos-centros-de-salud-mental-comunitarios-durante-el-2015>
31. MINSA - SALUD MENTAL [Internet]. Gob.pe. [cited 2023 May 10]. Available from: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/minsa-salud-mental>
32. Secretaría de Gobierno Digital Presidencia del Consejo de Ministros. ¿Qué son los Datos Abiertos? ¿Cómo implementar los datos abiertos? [Internet]. Plataforma Nacional de Datos Abiertos. 2017 [citado el 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/datos-abiertos-0>
33. Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios. MINSA. 2017 [cited 2023 May 10]. Available from: https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/recursos/2017/09/IMPLEMENTACION_CSMC_RM_N574-2017-MINSA%20NTCSMC.pdf

34. Molina González V, Parra Alvarez M. Catacterización de la aplicación del TEST MINI para evaluar salud mental [Internet]. [Cuenca]: Universidad del Azuay; 2018. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8469/1/14187.pdf>
35. MINSA. Ministerio de Salud: MINSA. Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) [Internet]. Gob.pe. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2023 [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/21128-ministerio-de-salud-direcciones-de-redes-integradas-de-salud-diris>
36. Dirección técnica de estadísticas e informática - Dirección General de estadística proyecto HIS. Manual HIS N° 2: Material para el llenado del registro diario de atención y otras actividades [Internet]. Peru: PRISM INC; 2020. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1873.PDF>
37. Aguaded I, Vizcaíno-Verdú A, Hernando-Gómez Á, Bonilla-del-Río M. Salud mental comunitaria en un primer nivel de atención. Red de salud Arequipa Caylloma Perú. Redes sociales y ciudadanía. Ciberculturas para el aprendizaje. Grupo Comunicar; 2022.
38. Vista de Depresión, discapacidad y sus costes. Propuestas de mejora de asistencia en Atención Primaria [Internet]. Informaciopsicologica.info. [citado el 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/857/797>
39. Failoc-Rojas VE, Meoño ADP. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. Rev Colomb Psiquiatr (Engl) [Internet]. 2020;50(4):285–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745020300676>
40. Ministerio de salud de Chile SGC. Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más [Internet]. Bibliotecaminsal.cl. 2013 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>
41. R. CD. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos [Internet]. Redclinica.cl. 2008 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/depresion_geriatrica.pdf

42. Allan CE, Valkanova V, Ebmeier KP. Depression in older people is underdiagnosed. Practitioner [Internet]. 2014 [citado el 13 de julio de 2023];258(1771):19–22, 2–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25065018/>
43. Abambari C, Zhunio D. Factores de Riesgo asociados a depresión en adultos mayores en Atención Primaria de Salud [Internet]. Gob.ec. 2012 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/497/451>
44. Hoyl M Trinidad, Valenzuela A Eduardo, Marín L Pedro Paulo. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. méd. Chile [Internet]. 2000 Nov [citado 2023 Jul 13] ; 128(11): 1199-1204. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>.
45. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES [Internet]. Medigraphic.com. 2007 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam076j.pdf>
46. Palacios C. FRECUENCIA DE SUBDIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VILLA LOS REYES DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014 [Internet]. Edu.pe. [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4023/Palacios_tc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Vargas MR, Peñaranda AB, Gómez-Restrepo C, Benavides MO. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión* [Internet]. Redalyc.org. 2006 [citado el

13 de julio de 2023]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80635102.pdf>

48. Calvo-Gómez José Manuel, Jaramillo-González Luis Eduardo. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *rev.fac.med.* [Internet]. 2015 July [cited 2023 July 13]; 63(3): 471-482. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000300015&lng=en.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>.
49. Núñez VMM. El subdiagnóstico de la depresión en una unidad de primer nivel de atención médica. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex* [Internet]. 1989 [citado el 13 de julio de 2023]; Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74424>
50. Faisal-Cury A, Ziebold C, Rodrigues DM de O, Matijasevich A. Depression underdiagnosis: Prevalence and associated factors. A population-based study. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2022;151:157–65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239562200228X>
51. Vista de Propuesta de un modelo de registro médico integral para la evaluación de depresión y ansiedad en atención primaria en Colombia: estudio de grupos focales [Internet]. *Edu.co.* [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/2374/1843>
52. Valdés, G. et al. (2006) Subdiagnóstico de Depresión en Atención Primaria, en Pacientes del área sur-oriente de Santiago, 2006, *Revista Chilena de Salud Pública.* Available at: <https://adnz.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/2450> (Accessed: 13 July 2023)
53. Saldivia Sandra, Aslan Joseph, Cova Félix, Vicente Benjamín, Inostroza Carolina, Rincón Paulina. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2019 [citado 2023 Jul 14]; 147(1): 53-60. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100053&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>.

54. Calderón María, Gálvez-Buccollini Juan Antonio, Cueva Gloria, Ordoñez Carlos, Bromley Carlos, Fiestas Fabián. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2012 Oct [citado 2023 Jul 13] ; 29(4): 578-578. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027&lng=es.
55. Lindsay M, Decker VB. Improving depression screening in primary care. J Dr Nurs Pr [Internet]. 2022 [citado el 13 de julio de 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35504699/>
56. Latorre Postigo José Miguel, Navarro Bravo Beatriz, Parra Delgado Marta, Salguero José M., Mae Wood Cristina, Cano Vindel Antonio. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2012 Feb [citado 2023 Jun 29] ; 5(1): 37-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>.

ANEXOS:

1. Instrumento de recolección de datos:

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), RODEE NO EN CADA UNA Y PASE AL MODULO SIGUIENTE

A. EPISODIO DEPRESIVO

A1	Durante las dos últimas semanas :		
a	¿Se ha sentido especialmente triste, decaído(a), o deprimido(a), la mayor parte del tiempo a lo largo del día, y así, casi todos los días?	NO	SÍ
b	¿Tiene casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, o de haber perdido el interés o el placer por las cosas que le agradan habitualmente?	NO	SÍ
c	¿Se siente casi todo el tiempo cansado(a) o sin energía?	NO	SÍ
	HAY MENOS DE 2 SÍ EN A1	NO	SÍ
A2	Durante estas dos últimas semanas, en las que se sentía deprimido(a) / sin interés por la mayor parte de las cosas / cansado(a) :		
a	¿Su apetito ha cambiado notablemente? <u>Y</u> ¿ha aumentado o perdido peso sin tener esa intención? MARCAR SÍ , SI RESPONDIÓ SÍ EN AMBAS	NO	SÍ
b	¿Ha tenido problemas de sueño casi todas las noches como: demorarse en dormir, despertarse durante la noche, o se le va el sueño muy temprano, o su sueño está aumentado?	NO	SÍ
c	¿Ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o al contrario se ha sentido más agitado(a) y ha tenido dificultad para permanecer quieto?	NO	SÍ
d	¿Le ha faltado confianza en usted mismo, o se ha sentido sin valor, inferior a los demás?	NO	SÍ
e	¿Se ha hecho reproches, o se ha sentido culpable?	NO	SÍ
f	¿Ha tenido dificultad para reflexionar o para concentrarse, o para tomar decisiones?	NO	SÍ
g	¿Ha tenido varias veces ideas negativas como pensar que sería mejor que estuviese muerto(a), o ha pensado en hacerse daño?	NO	SÍ
	¿HAY AL MENOS 4 SÍ DESDE DE A1?		
	SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO :		
		F	NO
		3	SÍ
		2	EPISODIO DEPRESIVO
A3	a Durante su vida, ¿ha tenido otros periodos que hayan durado al menos dos semanas en los que se haya sentido deprimido(a) teniendo los problemas de los que hemos estado hablando?	→	SÍ
		NO	
	b Esa vez, antes de sentirse deprimido(a) / sin interés por la mayor parte de las cosas / cansado, ¿se ha encontrado bien durante al menos dos meses?	NO	SÍ
	A3b ¿ESTA MARCADA SÍ?		
		F	NO
		3	SÍ
		3	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

2. Definición Operacional:

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Criterio de medición	Instrumento
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	-	Cuantitativa	Razón	Años	-	Base de datos
Sexo	Condición orgánica que distingue masculino y femenino	-	Cualitativa	Nominal	%	Masculino/Femenino	Base de datos
Procedencia	Lugar de residencia	-	Cualitativa	Nominal	%	Distrito	Base de datos
Trastorno Depresivo	Estado de tristeza persistente según los criterios de DSM-V	Episodio actual	Cualitativa	Nominal	Entrevista MINI	Preguntas acerca de su estado anímico en las últimas 2 semanas (Módulos A1 y A2)	Ficha
		Episodio recurrente	Cualitativa	Nominal	Entrevista MINI	Preguntas acerca de otros periodos depresivos (Módulo A3)	
Población	Habitantes de un lugar	-	Cuantitativa	Razón	%	Censo poblacional 2017	-
Centros de Salud Mental Comunitarios	Establecimiento de Salud 1-3 o 1-4 que cuentan con un psiquiatra.	-	Cualitativa	Nominal	%	Centros de Salud Mental Comunitarios implementados por el Ministerio de Salud en Lima	BVS MINSA

Atendidos	Paciente que acude al Centro de Salud, clasificándose como nuevo o reingresante	-	Cuantitativa	Razón	%	Casos reportados por los centros de Salud Mental Comunitarios	Base de datos
Mes de atención	Mes del año en el que fueron atendidos en el centro de salud	-	Cualitativa	Nominal	%	Meses del año	Base de datos