

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 06 de abril de 2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 06 de julio de 2020

FECHA DE PUBLICACIÓN: 26 de noviembre  
de 2020

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO** Beca Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis" 2017, Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Investigación para la Salud. Subsidio B223, Universidad Nacional del Comahue.

**\*AUTORA DE CORRESPONDENCIA:**  
garibottig@comahue-conicet.gob.ar

Registro Nacional de Investigaciones en  
Salud Nº: IS001652

## DEPRESIÓN EN SAN CARLOS DE BARILOCHE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE PREVALENCIA Y USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

### *Depression in San Carlos de Bariloche: Epidemiological study of prevalence and use of mental health services*

\* **Gilda Garibotti**<sup>1</sup>. Doctora en Estadística.  
**Dana Prandi**<sup>1</sup>. Licenciada en Enfermería.  
**Daniela Zacharías**<sup>1</sup>. Magíster en Estadística.  
**Andrés Calderón**<sup>2</sup>. Médico, Especialista en Psiquiatría.  
**Romina Capellino**<sup>2</sup>. Médica Psiquiatra, Magíster en Psiconeurofarmacología.  
**Juan Manuel Zorzoli**<sup>2</sup>. Licenciado en Terapia Ocupacional.  
**Juan Pablo Rendo**<sup>2</sup>. Médico Psiquiatra, Magíster en Psiconeurofarmacología.

<sup>1</sup> Universidad Nacional del Comahue, San Carlos de Bariloche, Argentina.

<sup>2</sup> Centro de Neurociencias Aplicadas, San Carlos de Bariloche, Argentina.

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: pocos estudios han evaluado la prevalencia de depresión mayor (DM) en Argentina, y las estimaciones son muy disímiles. El objetivo de la presente investigación fue estimar la prevalencia de DM, la utilización de los servicios de salud y la relación con aspectos sociodemográficos en personas de 18-64 años de San Carlos de Bariloche, Argentina. MÉTODOS: se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) para evaluar DM en una muestra de 299 personas en 2017. La encuesta comprendió, además, preguntas sociodemográficas y consultó si la persona había visitado a un profesional y recibido tratamiento por problemas de depresión. RESULTADOS: la prevalencia de DM fue 5,7% (IC95%: 3,3-8,9). La tasa fue mayor en los estratos de menor nivel socioeconómico. Solamente un 47,1% de los casos de DM habían visitado a un médico por problemas emocionales, nervios o salud mental, con una tasa menor en los estratos de menor nivel socioeconómico. Se encontró mayor prevalencia de DM entre los desempleados y las personas que no trabajaban ni buscaban trabajo. El consumo perjudicial de alcohol o dependencia alcohólica fue más frecuente en individuos con DM (17,6%) que entre aquellos que no la padecían (6,9%). DISCUSIÓN: la prevalencia de DM encontrada es similar a la registrada a nivel nacional. Se destaca la importante brecha entre atención y tratamiento. Es necesario fomentar políticas de Salud Pública para acceder a instancias terapéuticas adecuadas con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión Mayor; Prevalencia; Bariloche; Servicios de Salud; Epidemiología

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: few studies have evaluated major depression (MD) prevalence in Argentina, and estimates are very variable. The goal of this research was to estimate prevalence of MD, health services utilization and relationship with socio-demographic factors in 18- to 64-year-old people from San Carlos de Bariloche. METHODS: the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised (CESD-R) was used to assess MD in a sample of 299 people in 2017. The questionnaire also inquired about socio-demographic aspects, and asked if people had visited a health care provider and received treatment for depression. RESULTS: MD prevalence was 5.7% (CI95%: 3.3-8.9). The rate was higher in lower socio-economic strata. Only 47.1% of MD cases had visited a health care provider for emotional, nervous or mental health problems, with lower rates in lower socio-economic strata. There was a higher risk of MD among unemployed people and those who were neither working nor seeking for a job. Risky alcohol consumption or dependency was more common among MD cases (17.6%) than among non-MD cases (6.9%). DISCUSSION: the MD prevalence found is similar to that reported nationwide. The study highlights an important gap between service use and treatment. It is necessary to promote public health policies to provide adequate therapeutic resources with the purpose of improving the quality of life.

**KEY WORDS:** Major Depression; Prevalence; Bariloche; Health Services; Epidemiology

## INTRODUCCIÓN

La depresión mayor (DM) es una enfermedad mental caracterizada por tristeza, pérdida de interés, pérdida de apetito, trastornos del sueño, disminución de la capacidad de atención y concentración, sensación de culpa y desvalorización, cansancio, agitación y pensamientos de muerte y suicidio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el planeta, y constituye la principal causa mundial de discapacidad, que contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad<sup>1</sup>.

La DM es una enfermedad presente en todo el mundo. Diversos estudios en América Latina encontraron tasas anuales de prevalencia en adultos de entre 3% y 10% y una incidencia a lo largo de la vida de entre 7% y 17%<sup>2-4</sup>. Resultados similares se hallaron en relevamientos realizados en Europa y Estados Unidos<sup>5,6</sup>. En Argentina, los resultados son disímiles. El Estudio Epidemiológico sobre Salud Mental de 2017 estimó una prevalencia de DM de 3,8% en personas de 18 años o más residentes en ciudades grandes, mientras que Leiderman y col. determinaron una tasa de 20,0% en el mismo grupo etario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Daray y col., una prevalencia de 5,6% en Marcos Paz y 9,5% en San Carlos de Bariloche en personas de 35 a 74 años<sup>7-9</sup>.

Aunque existen tratamientos efectivos para la depresión, una proporción muy alta de los afectados permanecen sin diagnóstico y sin tratamiento. Según Sartorius, cerca de la mitad de los casos de depresión a nivel mundial no se diagnostican, y sólo la mitad de los identificados reciben un tratamiento con prescripción médica<sup>10</sup>. En América Latina y el Caribe, de acuerdo con Kohn, la brecha en el tratamiento de depresión (expresada en términos del porcentaje de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben) varía entre 43% y 78%<sup>11</sup>. En Chile, Vicente reveló que sólo el 22,4% de los diagnosticados con episodio depresivo mayor había recurrido a un servicio especializado<sup>3</sup>.

La DM se asocia a menor efectividad en el ámbito laboral, complicaciones en el desempeño social y comorbilidad psiquiátrica y física. Además, la depresión afecta no sólo al que la padece, sino también a su grupo familiar. A nivel mundial, la DM es una de las principales causas del total de años de vida ajustados por discapacidad; representa el 4,5% de ellos y el 12,1% de los años vividos con discapacidad<sup>12</sup>. En el caso de Argentina, un 8,5% de los años vividos con discapacidad corresponden a depresión<sup>13</sup>. La comorbilidad psiquiátrica y física tiene como consecuencia un mayor uso de los servicios de salud, lo que aumenta los costos en el sistema de salud.

Para formular políticas, planes y programas tendientes a disminuir la incidencia y mejorar la calidad de atención médica de personas con depresión, es necesario contar con información epidemiológica sobre la magnitud de la problemática, sus factores de riesgo y sus determinantes.

El objetivo de este trabajo fue estimar la prevalencia de depresión, la utilización de los servicios de salud y la relación con aspectos sociodemográficos en la población de individuos de 18 a 64 años de San Carlos de Bariloche, Argentina.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional con una evaluación cuantitativa. Se seleccionó una muestra aleatoria representativa de residentes de San Carlos de Bariloche de 18 a 64 años, mediante un diseño probabilístico, estratificado y multietápico. El relevamiento se efectuó en septiembre de 2017. Se seleccionaron personas a través de cuatro etapas. La etapa 1 correspondió a la selección de radios censales, que fueron estratificados según un índice de nivel socioeconómico construido a partir de la información del Censo 2010. Se definieron 5 estratos sobre la base de los quintiles del índice de nivel socioeconómico, y en cada estrato se seleccionaron aleatoriamente 16 radios. La etapa 2 comprendió la selección de manzanas. Para cada radio seleccionado en la etapa 1, se eligió aleatoriamente una manzana. En la etapa 3 se seleccionaron las viviendas. Se utilizó un muestreo sistemático. Se concurrió en primer lugar a la vivienda ubicada más próxima a la posición noroeste, a partir de esa vivienda se saltaron 2 viviendas y se concurrió a la tercera. Este proceso se repitió rodeando la manzana hasta completar un total de 5 encuestas. En caso de no lograrse completar la cuota de encuestas en la primera manzana, se concurría a una contigua de acuerdo con un mapa. La etapa 4 consistió en la selección de personas en cada vivienda, que se realizó por cuotas de género y grupo etario (18-24, 25-34, 35-49 y 50-64), de tal manera que la muestra de cada estrato tuviese la misma distribución de la población de San Carlos de Bariloche según estas variables.

La Tabla 1 describe las características sociodemográficas de la muestra y las de la población de San Carlos de Bariloche según el Censo 2010<sup>16</sup>. La distribución de la muestra fue similar a la de la población de San Carlos de Bariloche en varios indicadores sociodemográficos, garantizando de esta manera una representación apropiada de la población estudiada.

Se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R, por sus siglas en inglés) para el diagnóstico de DM<sup>14</sup>. La encuesta incluyó, además, la escala de CAGE para evaluar el consumo de alcohol<sup>15</sup> y un cuestionario elaborado ad hoc con preguntas sociodemográficas y sobre utilización de los servicios de salud.

El CESD-R consta de 20 síntomas, que conforman 9 grupos: tristeza (disforia); falta de interés (anhedonia); apetito; sueño; concentración y pensamiento; culpabilidad (falta de valoración); fatiga; agitación; e idea de suicidio. Se debe indicar cuán frecuentemente se ha experimentado cada uno de los síntomas: nunca o menos de un día durante la última semana, 1-2 días durante la última semana, 3-4 días durante la última semana, 5-7 días

durante la última semana o casi todos los días durante las últimas 2 semanas. Se considera que una persona cumple el criterio para DM si presenta alguno de los síntomas de anhedonia o disforia casi todos los días de las últimas 2 semanas y síntomas en al menos otros 4 grupos durante casi todos los días de las últimas 2 semanas.

La escala CAGE es un cuestionario de cuatro preguntas, que se utiliza para detectar problemas de alcohol en la población. Según el número de respuestas positivas se realiza la siguiente clasificación: 0-1 bebedor social, 2 consumo de riesgo, 3 consumo perjudicial y 4 dependencia alcohólica. Sobre la base de esta escala se definió una variable dicotómica, que determinó si el consumo de alcohol era perjudicial o existía dependencia alcohólica (sí/no).

Las variables sociodemográficas consideradas fueron género, edad (18-24, 25-34, 35-49, 50-64 años), nivel educativo máximo completado (ninguno, primario, secundario, terciario o universitario), estado civil (casado/a o cohabitando; divorciado/a, separado/a, viudo/a; soltero/a), ocupación (desempleado/a, no trabaja ni busca trabajo). Las variables de utilización de los servicios de salud hicieron referencia a los 12 meses previos a la encuesta: consulta a un profesional por problemas emocionales, nervios o salud mental (sí/no), pertenencia del profesional al área de salud mental (sí/no), diagnóstico de depresión (sí/no), toma de medicación para tratamiento de depresión (sí/no), ocurrencia de otros problemas de salud física o mental (sí/no).

Las encuestas fueron realizadas por aproximadamente 80 estudiantes de la carrera de Enfermería y coordinadas por los autores. La capacitación de los encuestadores se trabajó en dos momentos: el primero de ellos incluyó charlas dictadas por profesionales del equipo de salud para entender y visualizar las características propias de la depresión; en el segundo, se explicaron y detallaron los instrumentos a utilizar, y a través de la técnica de simulación se realizó una encuesta tipo como aproximación al trabajo de campo.

Los análisis comprendieron la descripción de las características sociodemográficas de la población estudiada, la estimación de la prevalencia de depresión —incluido el intervalo de confianza (IC)—, el análisis de la asociación entre DM y características sociodemográficas mediante la prueba de chi cuadrado y la descripción de los servicios de salud. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico R.

La investigación fue aprobada por la Comisión de Ética y Evaluación Investigativa de Proyectos en Salud Humana de la provincia de Río Negro.

## RESULTADOS

Se encuestó a 299 personas: 145 (48%) del género masculino y 154 (52%) del femenino. La media de edad fue 39,3 años y el desvío estándar, 13,6 años.

La prevalencia de DM fue 5,7% (IC95%: 3,3-8,9%) y resultó más elevada en los estratos de menor nivel socioeconómico que en los de mayor: 11,3% (estrato de

**TABLA 1.** Características sociodemográficas de la muestra (N=299) y de la población de San Carlos de Bariloche en 2010.

Característica	Muestra N=299 n (%)	Población en 2010* N=70 036 %
<b>Género</b>		
Masculino	145 (48,5)	49,1
Femenino	154 (51,5)	50,9
<b>Edad (años)</b>		
18-24	52 (17,4)	18,9
25-34	77 (25,8)	26,3
35-49	97 (32,4)	31,7
50-64	73 (24,4)	23,1
<b>Educación (nivel máximo completado)</b>		
Ninguno	18 (6,0)	7,8
Primario	87 (29,2)	38,9
Secundario	131 (44,0)	36,6
Terciario o universitario	62 (20,8)	16,7
<b>Estado civil</b>		
Casado/a o cohabitando	165 (55,9)	58,4
Divorciado/a, separado/a, viudo/a	62 (21,0)	11,0
Soltero/a	68 (23,1)	30,6
<b>Ocupación</b>		
Estudiante, jubilado/a, trabajador/a	266 (89,3)	84,1
Desempleado/a, no trabaja ni busca trabajo	32 (10,7)	15,9

\*Censo Nacional de Población, Vivienda y Hogares 2010, Argentina.

Fuente: Elaboración propia e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina.

menor nivel socioeconómico), 8,2%, 1,8%, 3,3% y 3,4% (estrato de mayor nivel socioeconómico).

La relación entre los factores sociodemográficos y la DM se describe en la Tabla 2. Se encontró mayor prevalencia entre los desempleados y las personas que no trabajaban ni buscaban trabajo. Si bien la asociación con las otras variables sociodemográficas consideradas no fue estadísticamente significativa, la proporción de mujeres con DM duplicó a la de los hombres, y se observó una tendencia decreciente en la proporción de afectados con relación al aumento del nivel educativo. En lo que respecta al estado civil, el grupo más afectado fue el de las personas divorciadas, separadas y viudas.

Entre los casos de DM, 52,9% presentaron comorbilidad con otras patologías; por su parte, un 37,3% de los casos sin DM reportaron haber tenido otros problemas de salud física o mental en los 12 meses previos a la encuesta. El porcentaje de encuestados con consumo perjudicial o dependencia del alcohol fue 7,5% (17,6% entre los casos con DM; 6,9% entre los que no tenían DM).

De los casos de DM identificados, apenas 8 (47,1%) habían consultado por problemas emocionales, nervios o salud mental. Dentro de estos 8 casos que recurrieron a un profesional de la salud, 5 (62,5%) fueron diagnosticados con depresión. La distribución de las consultas presentó

diferencias: en los dos estratos de menor nivel socioeconómico lo hicieron 5 de los 12 casos, mientras que en los restantes tres estratos lo hicieron 3 de los 4 casos de DM.

## DISCUSIÓN

La depresión es un trastorno psiquiátrico asociado con significativo sufrimiento personal, discapacidad física y mental. Tiene una prevalencia global de alrededor del 4,7% y de por vida, que va del 3% en Japón al 16,9% en Estados Unidos, mientras que en otros países occidentales las cifras varían entre 8% y 17%<sup>17</sup>. La prevalencia estimada de personas con DM en este estudio fue 5,7%, cifra similar a la relevada por el Estudio Epidemiológico sobre Salud Mental de Argentina en ocho grandes ciudades y por estudios realizados en otros países de América Latina y el Caribe<sup>3,4,7,11</sup>. Las otras dos investigaciones conocidas sobre la temática en Argentina encontraron porcentajes sensiblemente mayores de depresión, lo que podría deberse a diferencias en la especificidad de los instrumentos utilizados para el diagnóstico de DM<sup>8,9</sup>. La DM afecta al 5,7% de la población de 18 a 64 años de San Carlos de Bariloche, lo que equivale a casi 4000 personas. Este estudio identificó un porcentaje muy alto de individuos que sufren DM y no utilizan los servicios de salud.

Numerosos estudios hallaron diferencias significativas en cuanto a género, edad, nivel educativo y estado civil, que se asocian con la prevalencia de episodios depresivos. El género femenino está vinculado a un mayor riesgo en tal sentido: la tasa de mujeres con episodios depresivos duplica la de los hombres<sup>3,5,18</sup>. Al igual que en otros relevamientos, se halló una mayor tasa de depresión en mujeres que en hombres<sup>3,5,11</sup>. Las personas solteras y las previamente casadas (divorciadas, separadas o viudas) tienen mayor prevalencia de depresión que las casadas o cohabitadas<sup>5,18</sup>.

En relación con la edad, los resultados son disímiles. Estudios en México y Estados Unidos hallaron diferencias significativas, mientras que Andrade, en un relevamiento internacional, obtuvo disparidades en los Países Bajos y Estados Unidos, pero no en los otros países evaluados, incluidos Brasil y Chile<sup>4,5,19</sup>. A su vez, hay investigaciones que demuestran que los episodios depresivos son más prevalentes en los grupos de mayor edad<sup>4,6</sup>. En este estudio la prevalencia de DM fue muy similar en todos los grupos etarios, lo que puede deberse en parte al rango considerado.

Kessler halló una mayor prevalencia de depresión en los niveles socioeconómicos más bajos, tendencia que también se observa en el presente estudio<sup>5</sup>.

De los casos de DM identificados, menos de la mitad había consultado a un profesional de la salud. La problemática fue aún más marcada en los estratos de nivel socioeconómico más bajo, donde aumentó la prevalencia y disminuyó la tasa de utilización de servicios de salud mental. Esta investigación reveló una brecha importante entre el uso de los servicios de salud y la instauración del

**TABLA 2.** Relación entre características sociodemográficas y depresión mayor (N=299).

Característica	Depresión		Porcentaje con depresión	Valor p*
	No	Si		
Género				0,170
Masculino	140	5	3,4	
Femenino	142	12	7,8	
Edad (años)				0,985
18-24	49	3	5,8	
25-34	72	5	6,5	
35-49	92	5	5,2	
50-64	69	4	5,5	
Educación (nivel máximo completado)				0,410
Ninguno	16	2	11,1	
Primario	80	7	8,0	
Secundario	125	6	4,6	
Terciario o universitario	60	2	3,2	
Estado civil				0,250
Casado/a o cohabitando	156	9	5,5	
Divorciado/a, separado/a, viudo/a	56	6	9,7	
Soltero/a	66	2	2,9	
Ocupación				0,031
Estudiante, jubilado/a, trabajador/a	254	12	4,5	
Desempleado/a, no trabaja ni busca trabajo	27	5	15,6	

\* Valor p de la prueba de chi cuadrado para evaluar asociación entre depresión mayor y características sociodemográficas.

tratamiento adecuado.

La comorbilidad con otras patologías fue mayor entre los casos con DM que entre aquellos que no padecían la enfermedad. En particular, se observó que la prevalencia de consumo perjudicial o dependencia del alcohol fue más de dos veces superior. Las políticas de salud deben realizar un abordaje integral de las patologías mentales, particularmente con relación al consumo de alcohol y la depresión.

En América Latina se han propuesto diferentes estrategias para abordar los problemas de salud mental. Una de ellas es la capacitación de profesionales de atención primaria, con el fin de disminuir los tiempos entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico y tratamiento<sup>20,21</sup>. La capacitación es fundamental, ya que pudo observarse que los médicos generalistas, al identificar a un paciente clínicamente deprimido, fallan 4 de 5 veces en el diagnóstico, lo cual no ocurre en el caso de descartar la depresión, situación que ofrece una evaluación correcta 19 de cada 20 veces<sup>22</sup>. En Perú, a partir de 2015 se crearon Centros de Salud Mental Comunitarios conformados por equipos interdisciplinarios

de psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas, entre otros<sup>23</sup>. Otras estrategias han sido el apoyo económico para la atención en el domicilio y dispositivos residenciales alternativos a la internación, tales como los existentes en la provincia de Buenos Aires bajo los programas Vuelta a Casa y Externación Asistida<sup>24</sup>.

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia, que conlleva un perjuicio no sólo para la salud de quien la padece, sino también para su entorno (principalmente, su familia) y toda la sociedad debido a la discapacidad y pérdida de productividad asociada. Habida cuenta de que la DM es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo y que presenta un incremento exponencial en los últimos años (aumento en su prevalencia de más del 18% entre 2005 y 2015)<sup>13</sup>, es necesario hacer frente a este flagelo reforzando las políticas de Salud Pública de cada región.

En Argentina hay una importante disparidad en materia de infraestructura, equipamiento y disponibilidad de especialistas entre los principales centros urbanos y las ciudades más pequeñas. Además, existen diferencias socio-culturales entre la población de la Patagonia y la de otras regiones. Estos aspectos pueden tener un efecto sobre la prevalencia y el uso de servicios de salud, lo que obliga a desarrollar estudios epidemiológicos a nivel local. El presente estudio tiene varias limitaciones: el diagnóstico fue realizado sobre la base de una encuesta estructurada administrada por encuestadores no especializados, a lo que se suma la naturaleza generalmente estigmatizante de la patología como posible fuente de sesgo. El tamaño de muestra fue elegido para estimar la prevalencia de DM en la población, pero es insuficiente para estudiar factores de riesgo debido a la baja prevalencia de la patología. A pesar de las restricciones, este estudio establece las bases fundacionales para mejorar las estrategias de abordaje y acercamiento de esta población a los servicios de salud de la comunidad. El conocimiento adquirido sobre epidemiología local de la patología, características de la población que la padece y grados de utilización de los servicios de salud mental puede ser útil para delinear y unificar estrategias, mejorar la utilización de los recursos y desarrollar políticas sanitarias que redunden en el beneficio de todos los actores implicados, tanto pacientes como profesionales.

Es preciso visibilizar la problemática y la situación de vulnerabilidad de las personas que padecen DM, realizar campañas contra el estigma de quien sufre dicho trastorno, fomentar políticas a nivel de Salud Pública para

facilitar la accesibilidad a distintas instancias terapéuticas, incluyendo el correcto diagnóstico, para así mejorar la calidad de vida de gran parte de la población afectada por esta enfermedad discapacitante.

Es necesario llevar adelante otras investigaciones, que determinen la magnitud de la problemática en adolescentes y adultos jóvenes y que evalúen la relación con abuso de sustancias y suicidio. Se prevé realizar otros estudios abordando la problemática en los grupos etarios de 13-17 y de 65 años o más.

#### RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERENCIONES SANITARIAS

La estimación actualizada de la prevalencia de depresión y del uso de los sistemas de salud es esencial para planificar y evaluar políticas pertinentes. Los resultados del relevamiento fueron puestos a disposición de autoridades de salud mental del Hospital Zonal Bariloche y de centros asistenciales privados. Cabe esperar que estos datos permitan mejorar la accesibilidad y visibilidad de los servicios de salud mental en los sectores de menores recursos, ya que quizás la diferencia no radique solamente en la oferta, sino también en las estrategias de visualización y captación. En San Carlos de Bariloche, los efectores públicos de salud se encuentran distribuidos en toda la ciudad a través de 13 Centros de Salud Barriales, por lo que, dado el caso, se podrá reasignarles recursos para cubrir las diferentes necesidades de la población en cuanto a depresión.

#### RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La participación de los estudiantes de Enfermería en el relevamiento fue muy valiosa, ya que les permitió profundizar sus conocimientos sobre depresión. Esto es muy relevante para la formación de quienes, en el futuro, estarán abordando las problemáticas de salud mental de la población en general. Además, les permitió familiarizarse con las etapas de gestación, organización y desarrollo de un proyecto multidisciplinario y valorar el potencial de la colaboración de profesionales de distintas áreas en el desarrollo de una investigación.

#### AGRADECIMIENTOS

A Beatriz Macedo, Basilia Alvarado, Abigail Calligaris, Estela Fekete, Marcela Figueredo, Mara López Wortzman, Natalia Ormeño, Eduardo Rottari, Carina Terreni, Sebastián Terreno, Consuelo Zavalía y los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue, por su colaboración en la realización de las encuestas.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Garibotti G, Prandi D, Zacharías D, Calderón A, Capellino R, Zorzoli JM, et al. Depresión en San Carlos de Bariloche: estudio epidemiológico sobre prevalencia y uso de los servicios de salud mental. *Rev Argent Salud Pública*. 2020;12:e19. Publicación electrónica 26 Nov 2020 .

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [Ginebra]: OMS; 2020 [citado 4 Ago 2020]. Disponible en: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)
- <sup>2</sup> R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Report No.: 3-900051-07-0. Viena: R foundation for statistical computing; 2018.
- <sup>3</sup> Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1362-1370.
- <sup>4</sup> Medina M, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry*. 2007;190:521-528.
- <sup>5</sup> Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas K, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-3105.
- <sup>6</sup> Wittchen H, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357-376.
- <sup>7</sup> Stagnaro J, Cia A, Aguilar S, Vazquez N, Sustas S, Benjet C, et al. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(2):121-129.
- <sup>8</sup> Leiderman E, Lolic M, Vazquez G, Baldessarini R. Depression: Point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *J Affect Disord*. 2012;136(3):1154-1158.
- <sup>9</sup> Daray F, Rubinstein A, Gutierrez L, Lanas F, Mores N, Calandrelli M, et al. Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: A population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *J Affect Disord*. 2017;220:15-23.
- <sup>10</sup> Sartorius N, Ustun T, Lecrubier Y, Wittchen H. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996;(30):38-43.
- <sup>11</sup> Kohn R, Levav I, de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4/5):229-240.
- <sup>12</sup> Ustun T, Ayuso J, Chatterji S, Mathers C, Murray C. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004;184:386-392.
- <sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Ginebra: OMS; 2017.
- <sup>14</sup> cesd-r.com [Internet]. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised; 2017 [citado 4 Ago 2020]. Disponible en: [cesd-r.com](http://cesd-r.com)
- <sup>15</sup> Ewing J. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905-1907.
- <sup>16</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Portal de Estadísticas y Censos de la República Argentina [Internet]. [lugar desconocido]: CELADE/CEPAL; 2013 [citado 4 Ago 2020]. Disponible en: <https://redataam.indec.gob.ar/>
- <sup>17</sup> Orsolini L, Latini L, Pompili M, Serafini G, Volpe U, Vellante F, et al. Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry Investig*. 2020;17(3):207-221.
- <sup>18</sup> Wagner F, González C, Sánchez S, García C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment (Mex)*. 2012;35(1):3-11.
- <sup>19</sup> Andrade L, Caraveo J, Berglund P, Bijl R, de Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.
- <sup>20</sup> Levav I, Kohn R, Montoya I, Palacio C, Rozic P, Solano I, et al. Training Latin American primary care physicians in the WPA module on depression: results of a multicenter trial. *Psychol Med*. 2005;35(1):35-45.
- <sup>21</sup> Stagnaro J, Cia A, Vommaro H, Sustas S, Vazquez N, Serfaty E, et al. Delays in making initial treatment contact after the first onset of mental health disorders in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(2):240-250.
- <sup>22</sup> Mitchell A, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609-619.
- <sup>23</sup> Rottenbacher J, Rivera M. Una mirada a la salud mental desde la opinión de los peruanos. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto de Opinión Pública; 2018.
- <sup>24</sup> Barrionuevo H. Las políticas de salud mental, una cosa de locos. *Revista Isalud*. 2015;10(49):46-48.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.