



Tasa de egreso hospitalario por trastorno depresivo recurrente en establecimientos de salud de Chile durante 2021–2024

Hospital discharge rate for recurrent depressive disorder in Chilean hospitals during the 2021–2024 period

Antonia Villablanca Vega (1), Yamil Neira Cuevas (1), Fernanda Ramírez Valenzuela (2), Bastián Barrueto Cancino (3), Karen Ferrer Lobo (4), Minseung Jung (5)

Recibido el 25 de mayo de 2026.

Aceptado el 14 de septiembre de 2026.

Publicado el 29 de septiembre de 2026.

Correspondencia: Fernanda Ramírez

Correo:

fernanda.ramirez.va@gmail.com

(1) Interna/o de Medicina,
Universidad Católica de la
Santísima Concepción, Chillán,
Chile

(2) Interna de Medicina,
Universidad de O'Higgins,
Rancagua, Chile

(3) Médico Cirujano, Universidad de
Talca, Chile

(4) Médico Cirujano, Universidad
del Zulia, Venezuela

(5) Interna de Medicina,
Universidad de Andrés Bello,
Viña del mar, Chile

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este artículo. Sin fuentes de financiamiento.



Resumen

El trastorno depresivo recurrente (TDR) es relevante por su frecuencia, impacto pronóstico y carga sobre el sistema sanitario, siendo necesario disponer de información epidemiológica actualizada sobre sus egresos hospitalarios.

Caracterizar la tasa de egreso hospitalario por TDR en establecimientos de salud de Chile durante 2021–2024.

Estudio observacional, descriptivo y transversal, basado en datos del DEIS del Ministerio de Salud y del INE. Se incluyeron egresos hospitalarios de personas de 20 años y más con diagnóstico principal de TDR (CIE-10 F33.0–F33.9) entre 2021 y 2024. Se analizaron sexo, grupo etario, diagnóstico principal de egreso y estadía hospitalaria mediante frecuencias, porcentajes y tasas crudas por 100.000 habitantes.

Se registraron 1.226 egresos hospitalarios, con una tasa global de 2,19 por 100.000 habitantes. La mayor tasa se observó en 2024 (2,80) y la menor en 2022 (1,89). Las mujeres presentaron mayor tasa que los hombres (2,90 vs. 1,42). El grupo de 20 a 44 años presentó la mayor tasa (2,61), mientras que el de 80 años y más presentó la menor (0,63). El promedio de estadía fue de 15,59 días, excluyendo tres estadías excepcionalmente prolongadas. El diagnóstico más frecuente fue el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (34,91 %).

Los egresos hospitalarios fueron más frecuentes en mujeres y en personas de 20 a 44 años, predominando cuadros graves sin síntomas psicóticos. Estos hallazgos aportan información útil para orientar estrategias de salud mental.

Palabras clave: Depresión, Trastorno Depresivo, Alta Hospitalaria, Hospitalización, Servicios de Salud Mental, Epidemiología, Chile



Abstract

Recurrent depressive disorder (RDD) is relevant due to its frequency, prognostic impact, and burden on the healthcare system, highlighting the need for updated epidemiological information on related hospital discharges.

To characterize the hospital discharge rate for RDD in healthcare facilities in Chile from 2021 to 2024.

Observational, descriptive, cross-sectional study based on data from the DEIS of the Ministry of Health and the INE. Hospital discharges of individuals aged 20 years and older with a primary diagnosis of RDD (ICD-10 F33.0–F33.9) between 2021 and 2024 were included. Sex, age group, primary discharge diagnosis, and length of hospital stay were analyzed using frequencies, percentages, and crude rates per 100,000 inhabitants.

A total of 1,226 hospital discharges were recorded, with an overall rate of 2.19 per 100,000 inhabitants. The highest rate was observed in 2024 (2.80) and the lowest in 2022 (1.89). Women had a higher rate than men (2.90 vs. 1.42). The 20–44-year age group had the highest rate (2.61), while those aged 80 years and older had the lowest (0.63). The mean length of stay was 15.59 days, excluding three exceptionally prolonged stays. The most frequent diagnosis was recurrent depressive disorder, severe episode without psychotic symptoms (34.91%).

Hospital discharges were more frequent among women and individuals aged 20–44

years, with severe episodes without psychotic symptoms predominating. These findings provide useful information to guide mental health strategies.

Keywords: Depression, Depressive Disorder, Patient Discharge, Hospitalization, Mental Health Services, Epidemiology, Chile



Introducción

En el último tiempo, el incremento en la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales ha cobrado gran relevancia en salud pública, siendo la depresión uno de los más frecuentes (1). La depresión corresponde a un trastorno del ánimo que se manifiesta por la persistencia de síntomas como ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer, sumado a otros síntomas, durante un período de al menos dos semanas (2). Asimismo, el trastorno depresivo recurrente (TDR) se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos separados por períodos de remisión sin alteraciones significativas del estado de ánimo (3).

Las personas que han experimentado un episodio depresivo presentan un riesgo considerable de sufrir nuevos episodios. Se estima que al menos el 50% experimentará un segundo episodio depresivo y que, tras un segundo y tercer episodio, el riesgo de nuevos episodios aumenta aproximadamente al 70% y 90%, respectivamente (4).

A nivel mundial, la prevalencia de los trastornos depresivos se estima en 4,0%, afectando al 5,7% de los adultos (4,6% entre los hombres y 6,9% entre las mujeres) y al 5,9% de los adultos de 70 años o más. Aproximadamente 332 millones de personas sufren depresión (5).

En Chile, la depresión constituye un problema de salud pública. Un estudio publicado en 2022, estimó una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 6,65% (IC 95%: 4,63%–8,67%) en personas de 18 años

y más (6). Sin embargo, no se dispone de estimaciones poblacionales recientes de incidencia o prevalencia específicas para el trastorno depresivo recurrente, por lo que la información epidemiológica disponible sobre depresión constituye una aproximación a la magnitud del problema.

Los trastornos depresivos tienen una etiología multifactorial de tipo genéticos, ambientales (pobreza, traumas en la infancia, eventos estresantes), psicológicos (como patrones cognitivos) y biológicos (como las vías inflamatorias y monoaminérgicas). (7)

Las complicaciones más frecuentes asociadas al trastorno depresivo recurrente, que además constituyen causas frecuentes de hospitalización, incluyen el riesgo suicida, la ideación o conducta autolesiva, la depresión severa con compromiso funcional grave, la presencia de síntomas psicóticos, la catatonía y la refractariedad al tratamiento ambulatorio, situaciones que requieren manejo especializado y, en muchos casos, hospitalización psiquiátrica. (2,8)

En Chile, el antecedente más específico disponible sobre egresos hospitalarios por trastorno depresivo recurrente corresponde al estudio de Aldunate et al., quienes reportaron una tasa de egreso hospitalario (TEH) de 2,55 por cada 100.000 habitantes entre 2018 y 2021, con variaciones anuales entre 1,91 (2020) y 3,02 (2019), y una disminución global del 11,3% en dicho intervalo (9). Sin embargo, se desconoce si esta tendencia se mantuvo, se revirtió o se acentuó en los años siguientes, período en que se ha documentado un aumento



sostenido en las atenciones de urgencia por trastornos de salud mental y en las hospitalizaciones psiquiátricas asociadas en Chile (10). Esta ausencia de información actualizada impide dimensionar la evolución reciente del impacto del trastorno depresivo recurrente en el sistema hospitalario chileno y limita la planificación de recursos y el diseño de estrategias de intervención en salud mental.

Objetivo general

Caracterizar la tasa de egreso hospitalario por trastorno depresivo recurrente en los establecimientos de atención de salud de Chile durante el período 2021–2024

Objetivos específicos

Comparar descriptivamente la tasa de egreso hospitalario considerando sexo.

Examinar la tasa de egreso hospitalario según grupo etario.

Determinar el promedio de estadía hospitalaria.

Describir el promedio de estadía hospitalaria según sexo.

Establecer la distribución porcentual de subtipos diagnósticos del TDR según CIE-10 (F33.0 a F33.9)

Materiales y métodos

El presente trabajo corresponde a un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron los egresos hospitalarios de personas de 20 años y más con diagnóstico principal de trastorno depresivo recurrente (F33.0–F33.9, CIE-10)

durante 2021–2024 en Chile. Se excluyeron los egresos con TDR como diagnóstico secundario y aquellos correspondientes a menores de 20 años.

Las variables fueron sexo (femenino/masculino), grupo etario (20–44 / 45–64 / 65–79 / ≥80 años) y subtipo diagnóstico según CIE-10: (F33.0: leve / F33.1: moderado / F33.2: grave sin síntomas psicóticos) / F33.3: grave con síntomas psicóticos / F33.4: remisión / F33.8: otros TDR / F33.9: no especificado).

Los egresos hospitalarios se obtuvieron de la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y los datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Como denominador para todos los años se utilizó la población de 20 años y más registrada en el Censo 2024, y para las tasas por grupo etario, la población correspondiente a cada tramo.

El análisis se realizó mediante Microsoft Excel. Se calcularon frecuencias absolutas, porcentajes y tasas crudas de egreso hospitalario por cada 100.000 habitantes.

Tasa de egreso hospitalario: (Número de egresos hospitalarios por trastorno depresivo recurrentes / Población total en riesgo) x 100.000

Los intervalos de confianza del 95 % de las tasas se calcularon mediante el método exacto de Poisson. La comparación entre sexos se realizó mediante razón de tasas, con su respectivo intervalo de confianza del



95 %. Para la comparación según grupo etario se calcularon razones de tasas utilizando como referencia el grupo de 80 años y más. Para caracterizar la estadía hospitalaria se calcularon los promedios de días de hospitalización.

Los intervalos de confianza (IC) del 95 % se calcularon mediante el método exacto de Poisson. Para comparar sexos se calcularon razones de tasas con sus respectivos IC 95 %, mientras que para los grupos etarios se utilizó como referencia el grupo de ≥ 80 años. La estadía hospitalaria se caracterizó mediante el promedio de días de hospitalización.

Esta investigación no requiere evaluación por comité de ética, dado que utiliza fuentes de acceso público que no permiten identificar a los pacientes. Los autores declaran no tener conflictos de interés ni financiamiento.

Resultados

Durante el período de estudio se registraron 1.226 egresos hospitalarios con diagnóstico principal de trastorno depresivo recurrente en población de 20 años y más, con una tasa de egreso hospitalario (TEH) de 2,19 casos por 100.000 habitantes. La mayor TEH se observó en 2024, con 2,80 casos por 100.000 habitantes ($n=392$), y la menor en 2022, con 1,89 casos por 100.000 habitantes ($n=265$); los intervalos de

confianza de ambos años no se superponen (**Tabla 1, Figura 1**).

Al analizar la distribución por sexo, las mujeres presentaron una TEH de 2,90 casos por 100.000 habitantes ($n = 847$) y los hombres de 1,42 casos por 100.000 habitantes ($n = 379$), con una razón de tasas de 2,04. En ambos sexos la mayor tasa correspondió a 2024, con 3,42 casos por 100.000 habitantes en mujeres y 2,13 en hombres; la menor se registró en 2022 para las mujeres (2,42) y en 2021 para los hombres (0,94) (Tabla 1, Figura 1).

Según grupo etario, la mayor TEH correspondió al grupo de 20 a 44 años, con 2,61 casos por 100.000 habitantes ($n=717$), seguido del grupo de 45 a 64 años, con 2,25 ($n=408$). Las menores tasas se observaron en los grupos de 65 a 79 años, con 1,08 ($n=86$), y de 80 años y más, con 0,63 casos por 100.000 habitantes ($n=15$). Tomando como referencia este último grupo, la razón de tasas fue de 4,13 para el grupo de 20 a 44 años y de 3,56 para el de 45 a 64 años (**Tabla 1, Figura 2**).

Los 1.226 egresos acumularon 23.634 días de hospitalización. Tres egresos correspondientes a mujeres de 45 a 64 años del año 2023 presentaron estadías superiores a un año y concentraron 4.576 días, equivalentes al 19,4 % del total del período; los promedios que se presentan a continuación los excluyen, y los valores que los incluyen se señalan como referencia.

El promedio de días de estadía hospitalaria del período fue de 15,59 días ($n = 1.223$), tras excluir un grupo de tres egresos de mujeres de 45 a 64 años del año 2023 que en conjunto acumuló 4.576 días,



equivalentes a un promedio de 1.525 días por egreso. Los promedios anuales fueron de 16,92 días en 2021, 16,33 en 2022, 13,38 en 2023 y 15,75 en 2024. Al incluir los tres egresos mencionados, el promedio del período asciende a 19,28 días y el de 2023, año en que se concentran, a 28,92 días (Figura 3).

Al analizar por sexo, tras excluir los tres registros con estadías excepcionalmente prolongadas previamente descritos, el promedio de estadía hospitalaria durante el período fue de 18,23 días en hombres ($n = 379$) y de 14,39 días en mujeres ($n = 844$). En hombres, los promedios anuales fueron de 18,41 días en 2021, 17,88 en 2022, 15,21 en 2023 y 20,20 en 2024. En mujeres, los promedios fueron de 16,49, 15,56, 12,61 y 13,22 días, respectivamente (Figura 4).

Respecto al diagnóstico principal de egreso, la categoría más frecuente fue el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F33.2), que representó el 34,91 % de los egresos ($n = 428$), seguida del trastorno depresivo recurrente no especificado (F33.9), con un 26,02 % ($n = 319$), y del episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F33.3), con un 13,13 % ($n = 161$). Las categorías restantes correspondieron al trastorno actualmente en remisión (F33.4), con un 10,77 % ($n = 132$); otros trastornos depresivos recurrentes (F33.8), con un 6,77 % ($n = 83$); y el episodio moderado (F33.1), con un 5,79 % ($n = 71$). La categoría menos frecuente fue el episodio leve (F33.0), con un 2,61 % de los egresos ($n = 32$) (Figura 5).

Discusión

El presente estudio caracterizó los egresos hospitalarios por trastorno depresivo recurrente en Chile entre 2021 y 2024. La investigación evidenció un aumento de la TEH en 2024; una tasa que en mujeres duplicó la de los hombres; una disminución sostenida conforme aumenta la edad; y un predominio de episodios graves sin síntomas psicóticos. Cada hallazgo se discute a continuación junto con las explicaciones alternativas que el diseño de la investigación no permite descartar.

El aumento de la TEH observado en 2024 podría corresponder al efecto diferido de la disminución de la oferta de prestaciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. En Chile, las atenciones ambulatorias de salud mental disminuyeron un 88 % en el nivel primario, mientras que los niveles secundario y terciario disminuyeron un 66,3 % y un 71,3 %, respectivamente, al comparar abril de 2020 con abril de 2019 (11).

En el nivel terciario se documentaron además umbrales de admisión más elevados, algunos ingresos fueron suspendidos y las estadías hospitalarias fueron más cortas. Asimismo, el 67 % de los servicios de salud reportó haber reconvertido unidades de salud mental en unidades COVID-19, con la consiguiente disminución de camas disponibles (11).

En 2020, respecto de 2019, los casos ingresados al plan de Garantías Explícitas en Salud por enfermedades mentales disminuyeron un 10,5 % en Fonasa y un 28,7 % en las Isapres, mientras que las licencias



médicas tramitadas por causas de salud mental aumentaron cerca de un 20 % en ambos sistemas (12).

Este desbalance entre oferta y demanda es compatible con un aumento de las listas de espera y, en consecuencia, con una acumulación de casos sin tratamiento oportuno, cuya evolución clínica desfavorable podría requerir intervenciones más intensivas de la red asistencial en años posteriores. La verificación de esta hipótesis requeriría incorporar los registros de listas de espera de salud mental del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, no considerados en este estudio.

El aumento de la TEH en 2024 admite explicaciones alternativas que este diseño no permite descartar. La unidad de registro del presente estudio es el egreso y no el paciente, de modo que una misma persona rehospitalizada se contabiliza tantas veces como episodios presentes. Un incremento de los reingresos produciría el patrón observado sin que necesariamente aumente el número de personas afectadas. Una segunda explicación es la recuperación de la disponibilidad de camas psiquiátricas de corta estadía tras la reconversión ocurrida durante la pandemia. Distinguir entre ambas exigiría contar con un seguimiento por paciente, así como con los reportes de oferta de camas por establecimiento, información no incluida en el presente estudio.

La TEH en mujeres duplicó la observada en hombres (RT 2,04; IC 95 % 1,81–2,30), concordante con la mayor prevalencia de depresión descrita en mujeres, en una razón

cercana a 2:1, y con un mayor número de episodios acumulados a lo largo de la vida (13). Entre las explicaciones propuestas se encuentran diferencias biológicas (genéticas, hormonales e inmunológicas) y diferencias en la presentación clínica según sexo (13). Dado que la TEH refleja hospitalizaciones y no la totalidad de los casos existentes en la población, esta diferencia no equivale necesariamente a una diferencia en la frecuencia del trastorno.

La TEH descendió de manera sostenida con la edad, desde 2,61 por 100.000 en el grupo de 20 a 44 años hasta 0,63 en los de 80 años y más, con una razón de tasas de 2,42 (IC 95 % 1,94–3,03) al comparar el grupo de 20 a 44 años con el de 65 a 79. La estimación en los mayores de 80 años se basó en 15 egresos, por lo que debe interpretarse con cautela. Dado que la depresión en la vejez se encuentra ampliamente documentada, el bajo número de egresos en estos grupos podría reflejar diferencias en la detección, la superposición diagnóstica con la demencia o el nivel asistencial donde se suele manejar la patología, más que una menor frecuencia del trastorno.

El promedio de estadía requirió una consideración metodológica particular. Tres egresos con estadías superiores a un año concentraron el 19,4 % de los días-cama del período, y su inclusión elevaba el promedio de 2023 de 13,38 a 28,92 días. Este efecto ilustra la marcada asimetría de la distribución de la estadía hospitalaria: 28 egresos, equivalentes al 2,3 % de la serie, concentraron el 28 % de los días-cama. En



consecuencia, la variación interanual del promedio debe interpretarse con cautela y no como evidencia de un cambio en la práctica clínica. La herramienta estadística apropiada sería la mediana con su rango intercuartílico, que no pudo calcularse porque la base disponible se encontraba agregada.

Respecto a la distribución porcentual de los egresos según diagnósticos, solo el 56,4 % fue categorizado según gravedad. Dentro de los egresos categorizados, el 85,1 % correspondió a episodios graves. Esta distribución es consistente con un consenso de expertos que prioriza la hospitalización en situaciones de mayor riesgo, como la conducta suicida, los intentos previos, la comorbilidad psiquiátrica, la ausencia de red de apoyo o el abuso de sustancias (14). No obstante, dado que la gravedad no pudo establecerse en el resto de los egresos, esta distribución podría no reflejar el perfil real de las hospitalizaciones. Sumado a lo anterior, un 10,8 % se registró como F33.4, es decir, en remisión. Un cuadro en remisión difícilmente explica por sí solo una hospitalización, lo que sugiere que el diagnóstico de egreso no siempre corresponde al motivo de ingreso.

Este estudio presenta limitaciones. El diseño descriptivo y transversal sobre registros administrativos no permite establecer causalidad ni ajustar por variables que podrían influir en las tasas observadas, como la distribución por edad de cada sexo, las comorbilidades o las diferencias territoriales en la disponibilidad de camas; las tasas calculadas tampoco

distinguen entre casos incidentes y prevalentes, centrándose el análisis en los egresos y no en el paciente individual; se consideró únicamente el diagnóstico principal de egreso, por lo que las hospitalizaciones con el trastorno como diagnóstico secundario no fueron contabilizadas. Además para el cálculo de las tasas de egreso hospitalario se utilizó la población registrada en el Censo 2024 como denominador para todo el período analizado (2021–2024), lo que podría generar una imprecisión en la estimación de las tasas, particularmente al comparar los distintos años del período estudiado.

Finalmente, los registros administrativos realizados por distintos equipos clínicos suman heterogeneidad al proceso diagnóstico, y esa falta de estandarización conlleva riesgo de sesgo de clasificación. Una revisión sistemática de 280 estudios de validación de códigos CIE reporta rangos intercuartílicos de 44,0 a 91,4 % para la sensibilidad y de 90,0 a 99,6 % para la especificidad, lo que sugiere subcodificación y, por tanto, una probable subestimación de las tasas reportadas en este estudio (15).

Los resultados describen el comportamiento de las hospitalizaciones por trastorno depresivo recurrente y entregan una base de comparación para el escenario pospandémico, útil para dimensionar la demanda de camas psiquiátricas. No permiten, en cambio, estimar la incidencia ni la prevalencia del trastorno en la población, ni establecer si el aumento observado en 2024 responde a un incremento real de la morbilidad, a la



liberación de demanda contenida durante la pandemia o a cambios en la oferta de camas y en el registro. Distinguir entre estas explicaciones requiere datos individualizados por paciente e información sobre la capacidad asistencial.



REVISTA
ANACEM

Anexos (Figuras, gráficos y tablas)

Variable	Egresos (n)	Tasa por 100.000	IC 95 %	Razón de tasas (IC 95 %)
Periodo total	1.226	2,19	2,07 – 2,32	—
Año 2021	277	1,98	1,75 – 2,23	—
Año 2022	265	1,89	1,67 – 2,14	—
Año 2023	292	2,09	1,86 – 2,34	—
Año 2024	392	2,80	2,53 – 3,10	—
Hombres	379	1,42	1,28 – 1,57	1 (referencia)
Mujeres	847	2,90	2,70 – 3,09	2,04 (1,81 – 2,30)
20 a 44 años	717	2,61	2,42 – 2,81	4,13 (2,48 – 6,89)
45 a 64 años	408	2,25	2,04 – 2,48	3,56 (2,12 – 5,95)
65 a 79 años	86	1,08	0,86 – 1,33	1,70 (0,99 – 2,95)
80 años y más	15	0,63	0,35 – 1,04	1 (referencia)

Figura 1: Tabla 1. Tasa de egreso hospitalario por trastorno depresivo recurrente (CIE-10 F33) por 100.000

habitantes, con intervalo de confianza del 95 % y razón de tasas, según año, sexo y grupo etario, en población de 20 años y más. Chile, 2021-2024.

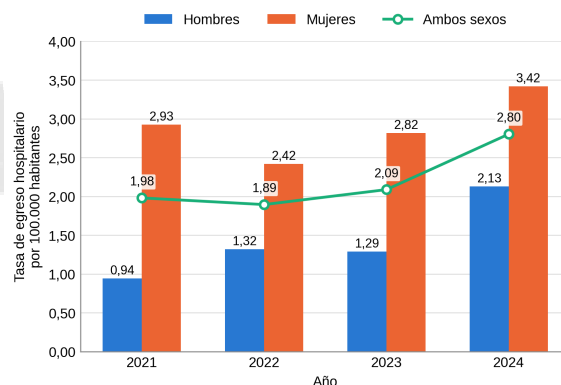


Figura 1. Tasa de egreso hospitalario por trastorno depresivo recurrente (CIE-10 F33) por 100.000 habitantes, según sexo y año, en población de 20 años y más. Chile, 2021-2024.

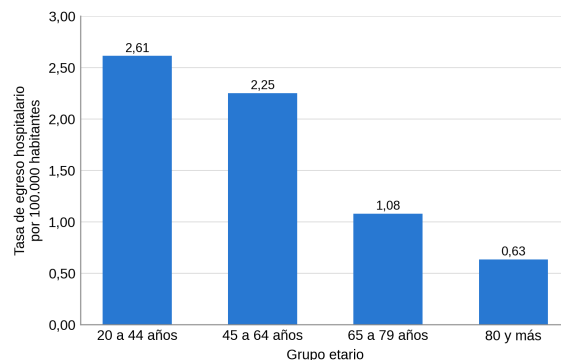




Figura 2. Tasa de egreso hospitalario por trastorno depresivo recurrente (CIE-10 F33) por 100.000 habitantes, según grupo etario. Promedio anual del período 2021–2024, Chile.

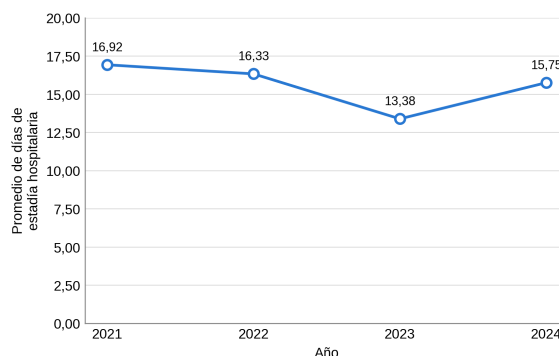


Figura 3. Promedio de días de estadía hospitalaria por trastorno depresivo recurrente (CIE-10 F33), según año, en población de 20 años y más. Chile, 2021–2024.

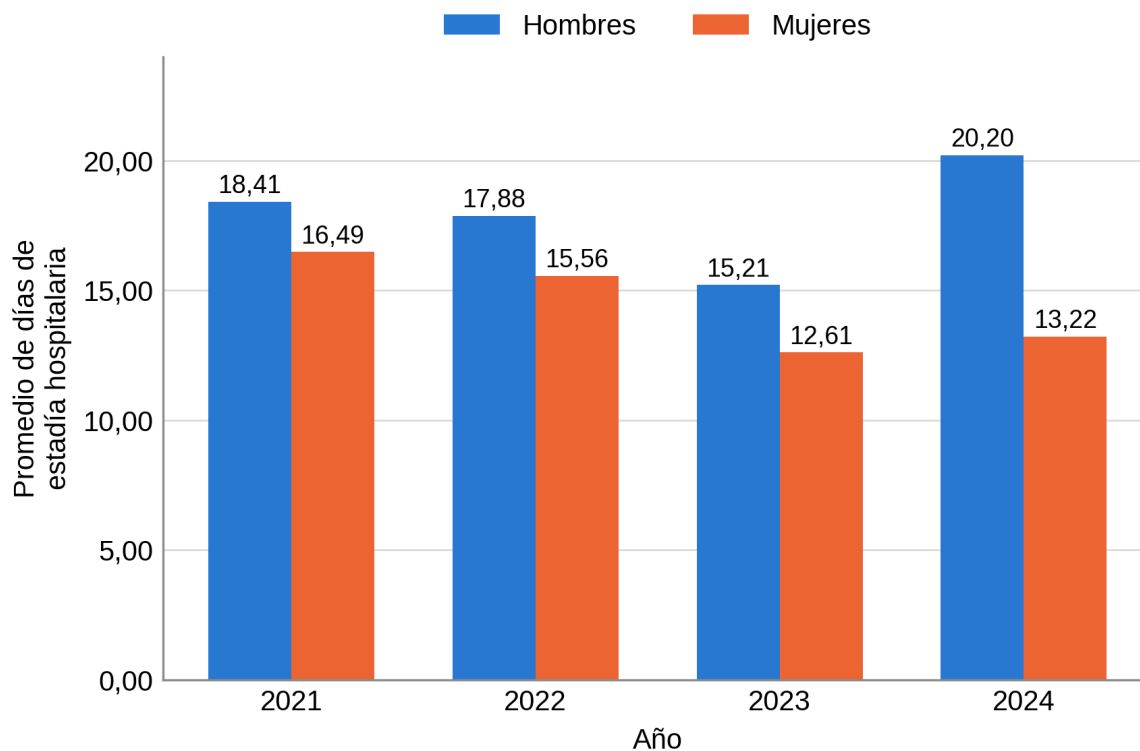


Figura 4. Promedio de días de estadía hospitalaria por trastorno depresivo recurrente (CIE-10 F33), según sexo y año, en población de 20 años y más. Chile, 2021–2024.

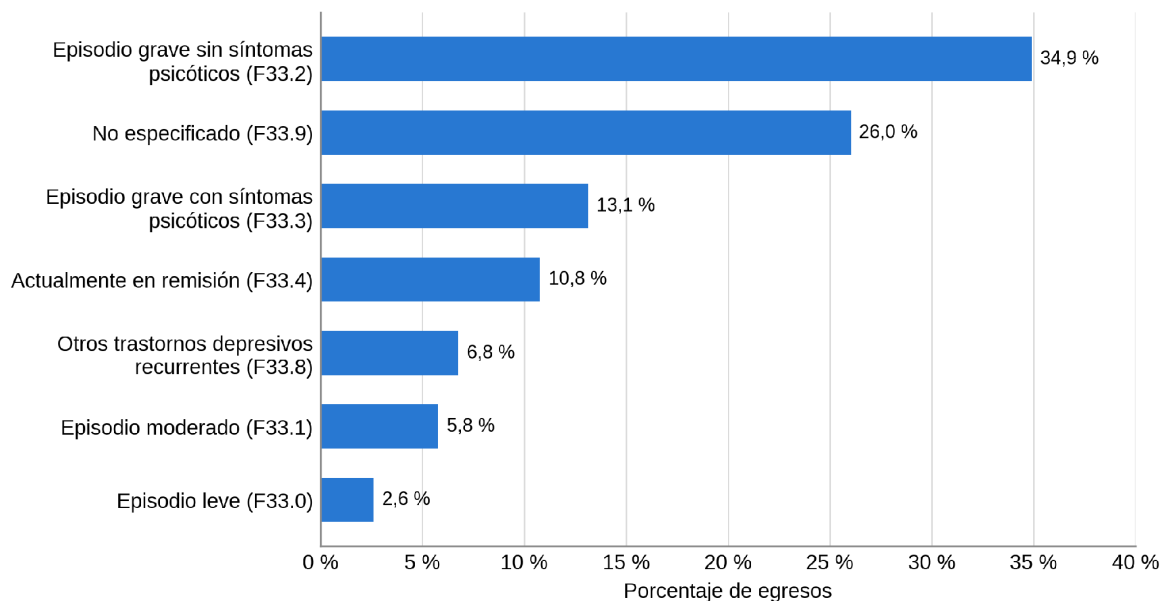


Figura 5. Distribución porcentual de los egresos hospitalarios por trastorno depresivo recurrente según diagnóstico principal de egreso (CIE-10 F33.0 a F33.9), en población de 20 años y más. Chile, 2021–2024.

Figura 2: Nombre de la figura. Pie de figura



Referencias

1. Rong J, Wang X, Cheng P, Li D, Zhao D. Global, regional and national burden of depressive disorders and attributable risk factors, from 1990 to 2021: results from the 2021 Global Burden of Disease study. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2025 [citado 6 sep 2026];227(4):688–97. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.266>
2. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management [Internet]. London: NICE; 2022 Jun 29 [citado 31 ago 2026]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
3. Kasyanov E, Yakovleva Y, Khobeysh M, Gerasimchuk E, Mazo G. Lifetime prevalence of recurrent and persistent depression: A scoping review of epidemiological studies. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [Internet]. 2025 [citado 6 sep 2026];21:e17450179372815250516102324. Disponible en: <https://doi.org/10.2174/0117450179372815250516102324>
4. National Institute for Health and Care Excellence. Preventing relapse: depression in adults: evidence review C [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2022 Jun [citado 6 sep 2026]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/evidence/preventing-relapse-depression-in-adults-evidence-review-c>
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) [Internet]. Seattle (WA): IHME; 2024 [citado 31 ago 2026]. Disponible en: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2021>
6. Jaques D, Bustamante F, Aravena R, Epstein LD, Mozó JA. Combinación de datos de la Encuesta Nacional de Salud con notificaciones GES de depresión para mejorar la estimación de la prevalencia de depresión en Chile. *Rev Med Chile* [Internet]. 2022 [citado 6 sep 2026];150(7):896–902. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000700896>
7. Marx W, Penninx BWJH, Solmi M, Furukawa TA, Firth J, Carvalho AF, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2023 [citado 6 sep 2026];9(1):44. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00454-1>
8. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder [Internet]. Washington (DC): VA/DoD; 2022 [citado 31 ago 2026]. Disponible en: <https://www.va.gov/opa/pressrel/2022/pr022001.htm>



- <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/mdd/>
9. Aldunate P, Castro C, Hernández C, Muñoz V, Navarrete C, Yévenes F. Tasa de egreso hospitalario por episodio depresivo recurrente en los años 2018-2021 en Chile. *Rev ANACEM* [Internet]. 2023 [citado 6 sep 2026];17(1):102-6. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/01/1526312/tasa-de-egreso-hospitalario-por-episodio-depresivo-recurrente_5U9hRBA.pdf
 10. Portilla-Saavedra D, Castillo-Morales K, Leiva-Gutiérrez J, Moreno V, Casapia T. Prevalencia de atenciones de trastornos de salud mental de urgencia en Chile (2021-2023). *Ter Psicol* [Internet]. 2025 [citado 6 sep 2026];43(2):183–201. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0718-48082025000200183>
 11. Toro-Devia O, Solis-Araya C, Soto-Brandt G, Sepúlveda-Queipul C, Pino P, Loyola F, et al. Adverse sequelae of the COVID-19 pandemic on mental health services in Chile. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2023 [citado 6 sep 2026];47:e87. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.87>
 12. Toro-Devia O, Leyton G. COVID-19 pandemic and mental healthcare: Impact on health insurance with guaranteed universal access in Chile. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 6 sep 2026];10:1005033. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1005033>
 13. Kropp DR, Hodes GE. Sex differences in depression: An immunological perspective. *Brain Res Bull* [Internet]. 2023 [citado 6 sep 2026];196:34–45. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2023.02.016>
 14. Chee KY, Muhdi N, Ali NH, Amir N, Bernardo C, Chan LF, et al. A Southeast Asian expert consensus on the management of major depressive disorder with suicidal behavior in adults under 65 years of age. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 6 sep 2026];22(1):507. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04140-6>
 15. Campbell AC, Tyler J, Shuttleworth RR, Pearce LA, Heerde JA, Borschmann R, et al. Accuracy of administrative data in ascertaining health conditions: a systematic review. *JAMIA Open* [Internet]. 2026 [citado 6 sep 2026];9(3):ooag109. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooag109>