

Artículo de investigación

Barreras de acceso en salud mental y adherencia al tratamiento antidepressivo en un Centro Comunitario de Lima-Perú

Access Barriers in Mental Health and Adherence to Antidepressant Treatment in a Community Center, Lima-Peru

Gina Lindsay Choctaya Choctaya^{1*} <https://orcid.org/0009-0008-3182-8069>

Carlos Guillermo Carcelén Reluz¹ <https://orcid.org/0000-0001-7645-4955>

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

*Autor para la correspondencia: gina.choctaya@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los trastornos depresivos son de los más prevalentes a nivel mundial. La falta de adherencia al tratamiento antidepressivo es un problema en estos pacientes. Además, de forma frecuente, experimentan barreras de acceso relacionados al estigma, actitudinales e instrumentales.

Objetivo: Determinar la relación entre las barreras de acceso en salud mental y la adherencia al tratamiento antidepressivo en adultos.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, transversal en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de Villa el Salvador en Lima, Perú, durante el período de junio a noviembre del 2023. Sobre un universo de 162 pacientes adultos se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo en total 104 pacientes con depresión y tratamiento farmacológico antidepressivo. Se utilizaron dos encuestas válidas y confiables: la escala de Evaluación de Barreras para el Acceso a la Atención que tiene 3 dimensiones y la escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8). Se utilizó la medida de asociación ji al cuadrado con un $p < 0,005$.

Resultados: El promedio de edad de los pacientes fue de 40,4 años (DE $\pm 14,95$), el 83,7 % del sexo femenino. El 48,1 % de los pacientes identificaron al total de las barreras de acceso en nivel medio y un 46,2 % presentaron una baja adherencia. Del total de pacientes que identificaron las barreras de acceso en nivel alto, la mayoría (72,7 %) presentó una baja adherencia. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) y un valor de correlación de -0,310 entre ambas variables.

Conclusiones: Las barreras de acceso en salud mental están relacionadas con la adherencia al tratamiento antidepresivo.

Palabras clave: barreras de acceso; salud mental; servicios de salud mental; adherencia al tratamiento antidepresivo; depresión.

ABSTRACT

Introduction: Depressive disorders are one of the most prevalent worldwide. Lack of adherence to antidepressant treatment is a problem in these patients. Furthermore, they frequently experience access barriers related to stigma, attitudinal and instrumental.

Objective: To determine the relationship between mental health access barriers and adherence to antidepressant treatment in adults

Methods: It was a quantitative, correlational, cross-sectional study in a Community Mental Health Center in the district of Villa el Salvador in Lima, Peru, during the period from June to November 2023, on a universe of 162 adult patients. Non-probabilistic convenience sampling was carried out, including a total of 104 patients with depression and antidepressant pharmacological treatment. Two valid and reliable surveys were used: The Barriers to Access to Care Assessment scale (BACE), which has 3 dimensions, and the 8-item Morisky Medication Adherence scale (MMAS-8). The Chi-Square measure of association was used with a $p < 0.005$.

Results: The average age of the patients was 40.4 years ($SD \pm 14.95$), 83.7% female. 48.1% of patients identified all access barriers at a medium level and 46.2% had low adherence. Of the total number of patients who identified access barriers at a high level, the majority (72.7%) had low adherence. A statistically significant association was found ($p < 0.01$) and a correlation value of -0.310 between both variables.

Conclusions: Access barriers in mental health are related to adherence to antidepressant treatment.

Keywords: access barriers; mental health; mental health services; adherence to antidepressant treatment; depression.

Recibido: 14/01/2024

Aceptado: 21/08/2024

Introducción

Los trastornos mentales son frecuentes a nivel mundial, constituyen la principal causa de años vividos con discapacidad y de pérdida de productividad. Se estima que una de cada ocho personas padece de algún trastorno mental, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad y depresión.⁽¹⁾ La depresión, como enfermedad aislada, afecta el rendimiento físico y mental, así como la vida social de quien lo padece,⁽²⁾ afecta a un 5 % de la población adulta en todo el mundo; es decir, aproximadamente, 280 millones de personas.⁽³⁾ En el Perú, en los últimos años, la prevalencia de los trastornos depresivos se ha visto incrementada, alcanzando 5 veces las cifras reportadas en años anteriores a la pandemia de COVID-19.⁽⁴⁾

La falta de adherencia al tratamiento antidepresivo es uno de los principales problemas en las personas con depresión; genera, como consecuencia, un mayor riesgo de recaídas, reducción de la calidad de vida, funcionamiento deficiente, aumento de conducta suicida y mayores costos en salud.^(5,6) La evidencia nos muestra que las tasas de adherencia a la medicación antidepresiva son bajas.⁽⁷⁾ Rush y Thase, en 2018, demostraron que más de un 50 % de las personas con trastorno depresivo no se adhieren al tratamiento, además de no completar la medicación en los primeros 6 meses.⁽⁸⁾ Marasine y otros, en 2020, en un estudio transversal desarrollado en Nepal, evaluaron la adherencia a la medicación entre los pacientes con depresión, en el que observaron que más de la mitad de pacientes (52,29 %) presentaron un nivel de adherencia bajo.⁽²⁾ Algunas de las barreras para el tratamiento

efectivo de la depresión y la adherencia incluyen: las creencias culturales, el estigma, los factores logísticos, las ideas erróneas sobre la enfermedad y la medicación.⁽⁶⁾

En general, las personas con trastornos mentales experimentan barreras de acceso que les dificulta, retrasa o limita la búsqueda o continuidad de atención profesional en salud mental.^(9,10) En un estudio transversal se reportó que de los 2207 participantes que presentaban problemas de salud mental, el 90,3 % no utilizaba ningún servicio profesional de salud mental; y la principal barrera para recibir atención profesional fue “querer resolver el problema por sí mismo”.⁽¹¹⁾ En el Perú, se ha reportado que hasta el 60 % de las personas con algún problema de salud mental presenta dificultades para acceder a los servicios de atención.⁽⁴⁾ Algunas razones por las cuales las personas no buscan atención y constituyen barreras importantes en salud mental son los bajos niveles de conocimiento sobre salud mental, el estigma asociado a los problemas de salud mental y la discriminación generalizada.^(12,13) Debido a ello, el Pacto 30-30-30: Atención Primaria de Salud (APS) para la salud universal asume el compromiso de estudiar y eliminar las barreras de acceso en un 30 % para el año 2030.⁽¹⁴⁾

Varios autores han estudiado las barreras de acceso en salud mental,^(10,11,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25) clasificándolas en barreras relacionadas al estigma, barreras actitudinales y barreras instrumentales.^(11,17,18,20,21,23,24,25) Las barreras relacionadas al estigma “son aquellas que cubren los prejuicios y estereotipos de los trastornos mentales”, las actitudinales son aquellas que “aluden a ideas sobre el tratamiento de los trastornos mentales”, mientras que las instrumentales “se refieren a las dificultades logísticas, tales como financieras, modelo de seguro, planes de cobertura, redes administrativas e institucionales”.⁽²³⁾

En el mundo, Latinoamérica y el Perú no existen estudios que evalúen la relación entre las barreras de acceso en salud mental y el nivel de adherencia al tratamiento antidepresivo y, teniendo en cuenta lo antes expresado, se puede considerar un tópico de importancia cada vez mayor.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre las barreras de acceso en salud mental y la adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos.

Métodos

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal, en el período de junio a noviembre del 2023, sobre un universo de 162 pacientes adultos con trastorno depresivo que acudieron a consulta médica de Medicina Familiar del Centro de Salud Mental Comunitario Virgen de la Merced en el distrito de Villa el Salvador en Lima, Perú. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo en total 104 pacientes con depresión y tratamiento farmacológico antidepresivo.

Criterios de inclusión: Ser mayor de 18 años, tener un diagnóstico de trastorno depresivo de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), tener indicado tratamiento farmacológico antidepresivo y estar de acuerdo en participar en el estudio.

Se aplicaron dos encuestas a través de entrevistas presenciales a los pacientes incluidos en el estudio: La primera encuesta fue la escala de Evaluación de Barreras para el Acceso a la Atención versión 3 (BACE v3, por sus siglas en inglés), desarrollada por primera vez por Clementet y otros en 2012, en Londres, Inglaterra, demostrando niveles aceptables de confiabilidad y validez;⁽¹⁵⁾ mide barreras de acceso a la atención en salud mental en personas con trastornos psiquiátricos; ha sido traducido y aplicado en diferentes idiomas (incluyendo el español), confirmando su aceptable desempeño psicométrico.^(10,23,26,27) Consta de 30 ítems, cada ítem se califica en una escala de Likert de 4 respuestas posibles: nada (0), un poco (1), bastante (2) o mucho (3). Las puntuaciones más altas indican una mayor barrera. Los ítems están agrupados en 3 dimensiones: la relacionada al estigma con 12 ítems (“bajo” de 0 a 11 puntos, “mediana” de 12 a 23 puntos, “alta” de 24 a 36 puntos), las barreras actitudinales con 10 ítems (“bajo” de 0 a 9 puntos, “mediana” de 10 a 19 puntos, “alta” de 20 a 30 puntos) y las instrumentales con 8 ítems (“bajo” de 0 a 7 puntos, “mediana” de 8 a 15 puntos, “alta” de 16 a 24 puntos).

La segunda encuesta fue la escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8, por sus siglas en inglés); es un instrumento estructurado, unidimensional, de aplicación sencilla y práctica, desarrollado por primera vez en Estados Unidos en 2008, ha demostrado ser una medida fiable y válida,⁽²⁸⁾ utilizada en los últimos años para medir adherencia a la medicación;^(7,29) ha sido traducida al español y aplicada en pacientes psiquiátricos.^(7,30) Consta de 8 ítems, los ítems del 1 al 7 ofrecen opciones de respuesta

dicotómica “sí” o “no”; mientras que el ítem 8, las opciones de respuesta son de tipo Likert de cinco puntos: nunca o rara vez (0), de vez en cuando (1), a veces (2), usualmente (3) y todo el tiempo (4); para calcular el valor total final del ítem 8 se debe de normalizar la respuesta dividiéndolo por 4. La adherencia al tratamiento se cataloga según el rango de puntuación total de la escala, que va desde 0 a 8, se considera alta adherencia si la puntuación final es 8, adherencia media si la puntuación final es de 6 o 7 y baja adherencia si la puntuación final es menor a 6.

Todos los datos fueron recolectados y la información se ingresó a una base de datos del programa SPSS Versión 25 para el análisis estadístico. Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo, en el que se presentaron las características sociodemográficas de los participantes, las variables de estudio de adherencia al tratamiento antidepresivo y las barreras de acceso en atención en salud mental con sus dimensiones; calculando la frecuencia y proporciones de cada una. Se aplicaron pruebas de Kolmogórov-Smirnov, que nos indicó que los datos no presentan distribución normal; por lo que se realizaron pruebas no paramétricas; se utilizó la medida de asociación ji al cuadrado, así como tablas de contingencia para un análisis bivariado entre las variables estudiadas.

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Sur, Perú (Constancia No. 020-2023 y Expediente No. 23-046249-001). Todos los pacientes fueron informados de la realización del estudio y del manejo cuidadoso y responsable de sus datos personales, su conformidad fue expresada de forma escrita a través de la firma de un consentimiento informado.

La investigación se realizó siguiendo los cuatro principios éticos fundamentales: Beneficencia (garantizando que los resultados de la investigación puedan contribuir positivamente a mejorar la salud mental y la adherencia al tratamiento antidepresivo), No maleficencia (evitando causar daño a los participantes o a la comunidad en general.), Justicia (evitando cualquier forma de discriminación) y Autonomía (al informar al paciente de forma detallada su participación en el estudio y la firma del consentimiento informado). Los principios ideológicos contemplados fueron con respecto al compromiso con la mejora de la salud mental, guiado por el objetivo de identificar y superar las barreras que impiden el acceso a la salud mental y mejorar la adherencia al tratamiento antidepresivo en un contexto comunitario en Lima.

Resultados

Participaron en total 104 pacientes adultos en el estudio, todos contaban con Seguro Integral de Salud (SIS). En el análisis descriptivo de las características sociodemográficas se evidenció que el promedio de edad de los pacientes fue de 40,4 años (DE \pm 14,95), el 83,7 % fueron de sexo femenino, un 46,2 % tenían grado de instrucción secundaria, un 47,1 % eran de estado civil soltero, un 48,1 % tenían ocupación de ama de casa, el 57,7 % tenían hijos y el 91,3 % tenían el diagnóstico de episodio depresivo moderado (tabla 1).

Tabla 1 - Características sociodemográficas de los pacientes

Características	n	%
Edad		
Promedio	40,4 años	
Desviación estándar (DE)	\pm 14,95 años	
Sexo		
Masculino	17	16,3
Femenino	87	83,7
Grado de instrucción		
Primaria	14	13,5
Secundaria	48	46,2
Técnico superior	32	30,8
Profesional	10	9,6
Estado civil		
Soltero	49	47,1
Conviviente	20	19,2
Casado	8	7,7
Separado	23	22,1
Viudo	4	3,8
Ocupación		
Empleada de hogar	4	3,8
Ama de casa	50	48,1

En su profesión	7	6,8
Estudiante	14	13,5
Comerciante	6	5,8
Obrero	4	3,9
Desempleado	6	5,8
Otros empleos	13	12,5
Tiene hijos		
Sí	60	57,7
No	44	42,3
Diagnóstico		
Episodio depresivo moderado	95	91,3
Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos	4	3,8
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	4	3,8
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve	1	1,0

De acuerdo al análisis descriptivo por dimensión de la variable barreras de acceso se observó que, en la primera dimensión (Barreras relacionadas a el estigma), el ítem más comúnmente identificado como “mucho” fue la “preocupación de que pueda ser visto como débil por tener un problema de salud mental”, en un 30,8 % (tabla 2).

Tabla 2 - Frecuencias y porcentajes por ítems de las barreras relacionadas al estigma

Barreras relacionadas al estigma	Nada		Un poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sentirse avergonzado o avergonzada	29	27,9	43	41,3	18	17,3	14	13,5
Preocupación de que pueda ser visto como loco	37	35,6	30	28,8	18	17,3	19	18,3
Preocupación de que la gente que conozco se entere	29	27,9	31	29,8	25	24,0	19	18,3
Preocupación por lo que mis amigos puedan pensar, decir o hacer	41	39,4	27	6,0	16	15,4	20	19,2
Preocupación de que las personas no me tomen en serio si se enteran de que estoy recibiendo atención profesional	32	30,8	30	28,8	18	17,3	24	23,1
Preocupación por lo que mi familia pueda pensar, decir, hacer o sentir	48	46,2	27	26,0	14	13,5	15	14,4

No querer que un problema de salud mental esté en mi historial médico	50	48,1	22	21,2	20	19,2	12	11,5
Preocupación de que pueda perjudicar mis posibilidades al solicitar puestos de trabajo	26	25,0	28	26,9	29	27,9	21	20,2
Preocupación por lo que las personas en el trabajo puedan pensar, decir o hacer	32	30,8	28	26,9	27	26,0	17	16,3
Preocupación de que pueda ser visto como débil por tener un problema de salud mental	19	18,3	32	30,8	21	20,2	32	30,8
Preocupación de que pueda ser visto como un mal padre	63	60,6	12	11,5	13	12,5	16	15,4
Preocupación de que mis hijos puedan ser acogidos o de que pueda perder el acceso o la custodia sin mi consentimiento	58	55,8	21	20,2	14	13,5	11	10,6

En la segunda dimensión (Barreras actitudinales), el ítem más comúnmente identificado como “mucho” fue el “querer resolver el problema por mi cuenta”, en un 32,7 % (tabla 3).

Tabla 3 - Frecuencias y porcentajes por ítems de las barreras actitudinales

Barreras actitudinales	Nada		Un poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Querer resolver el problema por mi cuenta	20	19,2	23	22,1	27	26,0	34	32,7
Preferir obtener formas alternativas de atención (por ejemplo, curación tradicional/religiosa o terapias alternativas/complementarias)	46	44,2	27	26,0	22	21,1	9	8,7
Pensar que el problema mejoraría por sí solo	27	26,0	26	25,0	24	23,1	27	26,0
Inquietudes sobre los tratamientos disponibles (p. ej., efectos secundarios de los medicamentos)	26	25,0	37	35,6	21	20,2	20	19,2
Miedo a ser hospitalizado en contra de mi voluntad	44	42,3	17	16,3	18	17,3	25	24,0
Pensar que la atención profesional probablemente no ayudaría	49	47,1	26	25,0	20	19,2	9	8,7
No me gusta hablar de mis sentimientos, emociones o pensamientos	25	24,0	29	27,9	25	24,0	25	24,0
Preferir obtener ayuda de familiares o amigos	51	49,0	34	32,7	15	14,4	4	3,8
Haber tenido malas experiencias previas con la atención profesional de la salud mental	56	53,8	25	24,0	18	17,3	5	4,8

En la tercera dimensión (Barreras instrumentales) el ítem más comúnmente identificado como “mucho” fue el “estar demasiado mal para pedir ayuda”, en un 27,9 % (tabla 4).

Tabla 4 - Frecuencias y porcentajes por ítems de las barreras instrumentales

Barreras instrumentales	Nada		Un poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Problemas con el transporte o viajar a las citas	50	48,1	32	30,8	12	11,5	10	9,6
No poder pagar los costos financieros involucrados	27	26,0	28	26,9	26	25,0	23	22,1
No estar seguro de adónde ir para obtener atención profesional	17	16,3	34	32,7	27	26,0	26	25,0
Dificultad para tomar tiempo libre del trabajo	43	41,3	20	19,2	27	26,0	14	13,5
Tener problemas con el cuidado de los niños mientras recibe atención profesional	64	61,5	19	18,3	10	9,6	11	10,6
No tener a nadie que pueda ayudarme a obtener atención profesional	28	26,9	40	38,5	25	24,0	11	10,6
No estar disponibles profesionales de mi propio grupo étnico o cultural	32	30,8	45	43,3	18	17,3	9	8,7

En la valoración de la variable barreras de acceso por dimensión se observó que un 45,2 % de los pacientes identificaron las barreras relacionadas al estigma en niveles bajos, mientras que el 51 % y un 45,2 % identificaron en niveles medios las barreras actitudinales e instrumentales, respectivamente. Sin embargo, en la valoración total de esta variable, la mayoría de pacientes (48,1 %) la identificaron en niveles medios (tabla 5). En la valoración total de la variable adherencia al tratamiento antidepresivo, la mayoría de pacientes (46,2 %) presentaron una baja adherencia (tabla 5).

Tabla 5 - Valoración total de las barreras de acceso en la atención (dimensión) y adherencia al tratamiento antidepresivo

Características	n	%
Barreras relacionadas al estigma		
Baja	47	45,2
Media	35	33,7

Alta	22	21,2
Barreras actitudinales		
Baja	37	35,6
Media	53	51,0
Alta	14	13,5
Barreras instrumentales		
Baja	42	40,4
Media	47	45,2
Alta	15	14,4
Barreras de acceso en la atención		
Baja	43	41,3
Media	50	48,1
Alta	11	10,6
Adherencia al tratamiento antidepresivo		
Baja adherencia	48	46,2
Mediana adherencia	46	44,2
Alta adherencia	10	9,6

De acuerdo al análisis bivariado y correlacional entre las barreras relacionadas al estigma y la adherencia al tratamiento antidepresivo, se observó que del total de pacientes que identificaron las barreras relacionadas al estigma en nivel alto, la mayoría (68,2 %) presentó una baja adherencia. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) y un valor de correlación de -0,268 entre ambas (tabla 6).

En el análisis bivariado y correlacional entre las barreras actitudinales y adherencia al tratamiento antidepresivo se observó que del total de pacientes que identificaron las barreras actitudinales en nivel alto, la mayoría (71,4 %) presentó una baja adherencia. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) y un valor de correlación de -0,209 entre ambas (tabla 6).

En el análisis bivariado y correlacional entre las barreras instrumentales y adherencia al tratamiento antidepresivo se observó que del total de pacientes que identificaron las barreras instrumentales en nivel alto, la mayoría (60 %) presentó una baja adherencia. Se encontró

asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) y un valor de correlación de $-0,210$ entre ambas (tabla 6).

Tabla 6 - Análisis bivariado y correlacional entre las dimensiones de las barreras de acceso y adherencia al tratamiento antidepresivo

Barreras de acceso Dimensiones			Adherencia al tratamiento antidepresivo				Correlación de Pearson	p valor
			Baja adherencia (0-5)	Mediana adherencia (6-7)	Alta adherencia (8)	Total		
Barreras relacionadas al estigma	Baja (0-11)	n	13	29	5	47	-0,268*	0,006
		%	27,7	61,7	10,6	100		
	Media (12- 23)	n	20	12	3	35		
		%	57,1	34,3	8,6	100		
	Alta (24- 36)	n	15	5	2	22		
		%	68,2	22,7	9,1	100		
	Total	n	48	46	10	104		
		%	46,2	44,2	9,6	100		
Barreras actitudinales	Baja (0-9)	n	13	19	5	37	-0,209**	0,033
		%	35,1	51,4	13,5	100		
	Media (10- 19)	n	25	24	4	53		
		%	47,2	45,3	7,5	100		
	Alta (20- 30)	n	10	3	1	14		
		%	71,4	21,4	7,1	100		
	Total	n	48	46	10	104		
		%	46,2	44,2	9,6	100		
Barreras instrumentales	Baja (0-7)	n	15	21	6	42	-0,210**	0,032
		%	35,7	50	14,3	100		
	Media (8-5)	n	24	20	5	47		
		%	51,1	40,4	8,5	100		
	Alta (16-24)	n	9	6	0	15		
		%	60	40	0	100		
	Total	n	48	46	10	104		
		%	46,2	44,2	9,6	100		

		%	46,2	44,2	9,6	100		
--	--	---	------	------	-----	-----	--	--

*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). **La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En el análisis bivariado y correlacional entre las variables barreras de acceso en la atención y la adherencia al tratamiento antidepresivo, se observó que del total de pacientes que identificaron las barreras de acceso en nivel alto, la mayoría (72,7 %) presentó una baja adherencia. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) y un valor de correlación de -0,310 entre ambas variables.

Discusión

Las barreras de acceso son descritas como las situaciones que les hace a las personas evitar, retrasar, no utilizar o interrumpir los tratamientos y el apoyo basado en la evidencia, y constituyen un grave problema;⁽¹⁰⁾ más aún, porque repercute en el tratamiento antidepresivo generando complicaciones.⁽⁶⁾ Por lo tanto, la evaluación y comprensión de las barreras de acceso permite sugerir estrategias que puedan mejorar la atención de la enfermedad y asegurar la adherencia al tratamiento antidepresivo.

Los hallazgos en la investigación muestran que las barreras de acceso que experimentan y enfrentan los pacientes con depresión tienen una relación inversa con la adherencia al tratamiento antidepresivo; es decir, las barreras de acceso pueden repercutir en la adherencia al tratamiento antidepresivo, y esta última es un componente importante para garantizar la recuperación y el éxito del tratamiento de la depresión.

No es fácil comparar los datos observados, debido a que los estudios evaluados en la búsqueda bibliográfica solo exponen resultados descriptivos y muy variables con respecto a la distribución e interpretación de los datos.^(11,17,18,20,21,23,24,25) Asimismo, las asociaciones analizadas para las variables del estudio, en su mayoría, son con variables sociodemográficas.^(11,23,24,25)

En nuestro estudio, las mujeres son las que más hacen uso de los servicios de salud mental. Este hallazgo es consistente con otras investigaciones,^(17,20,23) esto puede deberse a que las mujeres tienden más a asumir el rol de cuidadoras, presentar más quejas psicosociales y tener más facilidad de expresar sus emociones que los hombres.

Las barreras de acceso para este estudio son valoradas en la mayoría de sus dimensiones en niveles medios, mientras que en otros estudios se presentan hallazgos diferentes; es decir, las barreras relacionadas al estigma, actitudinales e instrumentales son mayormente citados como “barreras importantes” o “principales”.^(18,20,21,23) Sin embargo, cabe destacar que, pese a la valoración total de las barreras de acceso en niveles medios, existen tres situaciones o ítems (una de cada dimensión) que constituyen barreras importantes en este estudio.

El “querer resolver el problema por mi cuenta” de la dimensión actitudinal es el ítem más citado (32,7 %). Este hallazgo coincide con los resultados de otros autores,^(11,19,24,25) quienes identificaron este ítem como “barrera principal” en un 43,7 %, 44 %, 28 % y 51,5 %, respectivamente. Esto nos muestra que la mayoría de pacientes con depresión prefiere lidiar con sus problemas de salud mental por su cuenta, utilizando sus propias técnicas de afrontamiento en lugar de buscar atención profesional.⁽³¹⁾ Esto se podría atribuir al desconocimiento de la enfermedad, miedo al estigma y dudas sobre la eficacia de los servicios profesionales y tratamientos.⁽³²⁾ Se señala que las barreras actitudinales pueden ser influidas por el estigma de las personas y de la sociedad.⁽²⁵⁾

La “preocupación de que pueda ser visto como débil por tener un problema de salud mental” es el segundo ítem mayormente citado (30,8 %) de la dimensión relacionada al estigma, coincidiendo con el hallazgo de otro estudio que lo destaca como barrera principal.⁽¹⁸⁾ A pesar de haber sido calificada esta dimensión en nivel bajo en este estudio, hay autores que destacan al estigma como una barrera principal para recibir tratamiento en salud mental; los entornos de salud mental son percibidos como estigmatizantes, generando sentimientos de vergüenza en las personas que necesitan atención.^(15,22) Esto refleja la necesidad de realizar intervenciones que tengan como objetivo disminuir el estigma en las personas y en los entornos de salud.

El “estar demasiado mal para pedir ayuda” es el tercer ítem mayormente citado (27,9 %) y pertenece a la dimensión instrumental; representa una mayor barrera comparado con los otros ítems de esta dimensión que están relacionados con los problemas de transporte, costos financieros, disponibilidad de profesionales y otros aspectos logísticos. Esta dimensión fue calificada como barrera en niveles medios. Al respecto, Ferlatte y otros, en 2019, destacan a las barreras instrumentales (relacionados con los costos financieros y geográficos) sobre el resto de dimensiones.⁽¹⁹⁾ Esta no coincidencia con los resultados de este estudio se podría

explicar por las características geográficas del distrito de Villa el Salvador, distancias relativamente cortas al establecimiento, el servicio de transporte es relativamente accesible, el establecimiento de salud tiene asignada la atención de la tercera parte de la población del distrito y la mayoría de pacientes cuentan con SIS.

Del porcentaje de pacientes con depresión que calificaron las barreras de acceso en niveles altos en nuestro estudio, casi la mitad (46,2 %) presentaron una baja adherencia al tratamiento antidepressivo. Esta cifra coincide con la señalada en algunos estudios, entre un 40 y el 60 %.^(8,33,34) Asimismo, Zapata y otros, en 2020, nos muestra que solo un 37 % de los pacientes con depresión se adhieren al tratamiento, lo cual representa una minoría, que son los que tienen menos dudas y están mejor informados sobre su enfermedad y la medicación administrada que los pacientes no adherentes.⁽⁷⁾

Estos hallazgos sugieren que las barreras de acceso relacionados al estigma (prejuicios), actitudinales (ideas erróneas, desinformación y creencias culturales) e instrumentales (factores logísticos) repercuten en el tratamiento de la depresión y la adherencia al tratamiento.⁽⁶⁾

En conclusión, las barreras de acceso en salud mental están relacionadas con la adherencia al tratamiento antidepressivo.

Limitaciones del estudio

La muestra del estudio es pequeña, no se encontraron estudios que correlacionen las variables analizadas, por lo que no se pudieron contrastar los resultados adecuadamente.

Se sugiere la realización de estudios más grandes de naturaleza prospectiva que confirmen los resultados.

Aporte científico

El estudio es el primero que expone, de forma objetiva, la relación de estos dos indicadores en el tratamiento de la depresión. Puede ser utilizado como base para tomar medidas orientadas a la disminución de las barreras de acceso, mejorar la adherencia al tratamiento y optimizar los servicios de salud mental en el país.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: OMS; 2022 [acceso 14/11/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
2. Marasine NR, Sankhi S, Lamichhane R, Marasini NR, Dangi NB. Self-Reported Antidepressant Drug Side Effects, Medication Adherence and Its Associated Factors among Patients Diagnosed with Depression at the Psychiatric Hospital of Nepal. *Depress Res Treat*. 2020;7024275. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/7024275>
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión. OMS; 2021 [acceso 14/11/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Antiporta DA, Cutipé YL, Mendoza M, Celentano DD, Stuart EA, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):111. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03107-3>
5. Mayes TL, Trivedi MH. Addressing adherence to antidepressant treatment for depression. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(2):125-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0022>
6. Marasine NR, Sankhi S. Factors Associated with Antidepressant Medication Non-adherence. *Turk J Pharm Sci*. 2021;18(2):242-9. DOI: <https://doi.org/10.4274/tjps.galenos.2020.49799>
7. Zapata JCR, Dominguez GIM, Martínez-Sánchez LM, de Los Ángeles Rodríguez-Gázquez M, García JRG, Vásquez AU, *et al*. Adherence to Antidepressant Therapies in Patients with Depressive Disorders Attending an Outpatient Clinic in a Public Mental Health Hospital, Antioquia, Colombia in 2017. *Psychiatr Q*. 2020;91(1):183-90. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09696-3>
8. Rush AJ, Thase ME. Improving Depression Outcome by Patient-Centered Medical Management. *Am J Psychiatry*. 2018;175(12):1187-98. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040398>
9. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. OMS; 2022 [acceso 01/10/2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

10. Hongo M, Oshima F, Nishinaka H, Seto M, Ohtani T, Shimizu E. Reliability and Validity of the Japanese Version of the Barriers to Access to Care Evaluation Scale Version 3 for People With Mental Disorders: an Online Survey Study. *Front Psychol.* 2021;12:760184. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.760184>
11. Baklola M, Terra M, Elzayat MA, Abdelhady D, El-Gilany AH, Collaborators ATO. Pattern, barriers, and predictors of mental health care utilization among Egyptian undergraduates: a cross-sectional multi-centre study. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):139. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04624-z>
12. Gómez-Restrepo C, Cárdenas P, Marroquín-Rivera A, Cepeda M, Suarez-Obando F, Uribe-Restrepo JM, *et al.* Access barriers, self-recognition, and recognition of depression and unhealthy alcohol use: A qualitative study. *Rev Colomb Psiquiat.* 2021;50(S1):55-66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.021>
13. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington D.C.: OPS; 2023 [acceso 01/10/2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>
14. Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington D.C.: OPS; 2023 [acceso 01/10/2023]. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>
15. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry.* 2012;12:36. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-36>
16. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Farrelly S, Bonnington O, Gabbidon J, *et al.* Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Res.* 2015;228(3):612-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.044>
17. Salaheddin K, Mason B. Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2016;66(651):e686-92. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16x687313>

18. Luitel NP, Jordans MJD, Kohrt BA, Rathod SD, Komproe IH. Treatment gap and barriers for mental health care: A cross-sectional community survey in Nepal. PLoS One. 2017;12(8):e0183223. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183223>
19. Ferlatte O, Salway T, Rice S, Oliffe JL, Rich AJ, Knight R, *et al.* Perceived Barriers to Mental Health Services Among Canadian Sexual and Gender Minorities with Depression and at Risk of Suicide. Community Ment Health J. 2019;55(8):1313-21. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00445-1>
20. James BO, Thomas FI, Seb-Akahomen OJ, Igbinomwanhia NG, Inogbo CF, Thornicroft G. Barriers to care among people with schizophrenia attending a tertiary psychiatric hospital in Nigeria. S Afr J Psychiatr. 2019;25:1392. DOI: <https://doi.org/10.4102/sajpspsychiatry.v25i0.1392>
21. Ugarte Bustamante LH, Cerqueira RO, De Marzio F, Leite KP, Cadurin TDP, Leclerc E, *et al.* Barriers to care and psychopathology among Bolivian migrants living in São Paulo, Brazil. Transcult Psychiatry. 2020;57(1):71-80. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461519853639>
22. Zehnder M, Mutschler J, Rössler W, Rufer M, Rüsch N. Stigma as a Barrier to Mental Health Service Use Among Female Sex Workers in Switzerland. Front Psychiatry. 2019;10:32. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00032>
23. Campo-Arias A, Ceballos-Ospino GA, Herazo E. Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients. Int J Soc Psychiatry. 2020;66(6):600-06. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764020925105>
24. Negash A, Khan MA, Medhin G, Wondimagegn D, Araya M. Mental distress, perceived need, and barriers to receive professional mental health care among university students in Ethiopia. BMC Psychiatry. 2020;20(1):187. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02602-3>
25. Kasam LS, Macharapu R, Gade VR, Mallepalli PK, Babu RS, Manjula S. A cross-sectional study of the barriers for seeking mental health care among medical undergraduates. Arch Ment Health. 2020;21(1):16-20. DOI: http://dx.doi.org/10.4103/AMH.AMH_17_19
26. Silva L, Silva PF, Gadelha A, Clement S, Thornicroft G, Mari Jde J, *et al.* Adaptation of the Barriers to Access to Care Evaluation (BACE) scale to the Brazilian social and

- cultural context. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35(4):287-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0022>
27. Alenezi AF, Aljowder A, Almarzooqi MJ, Alsayed M, Aldoseri R, Alhaj O, *et al.* Translation and validation of the arabic version of the barrier to access to care evaluation (BACE) scale. *Mental Health and Social Inclusion.* 2021;25:352-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/MHSI-05-2021-0022>
28. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J ClinHypertens (Greenwich).* 2008;10(5):348-54. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
29. Rocha LM, Ovalle-Zuleta MA, Meneses-Baez AL. Escala para medir adherencia al tratamiento en pacientes cardiovasculares: validez de contenido. *Horizonte sanitario.* 2021;20(2):159-67. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.3747>
30. De Las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Health Psychol.* 2015;15(2):121-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.003>
31. El-Monshed AH, El-Adl AA, Ali AS, Loutfy A. University students under lockdown, the psychosocial effects and coping strategies during COVID-19 pandemic: A cross sectional study in Egypt. *J Am Coll Health.* 2022;70(3):679-90. DOI: <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1891086>
32. Shehata WM, Abdeldaim DE. Stigma Towards Mental Illness Among Tanta University Students, Egypt. *Community Ment Health J.* 2020;56(3):464-70. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00502-9>
33. Gaviria JR, Martínez GI, Martínez LM, Ospina JP, Urrego A. Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. *Archivos de Medicina (Col).* 2017 [acceso 01/10/2023];17(1):150-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273851831016>
34. Marasine NR, Sankhi S. Factors Associated with Antidepressant Medication Non-adherence. *Turk J Pharm Sci.* 2021;18(2):242-9. DOI: <https://doi.org/10.4274/tjps.galenos.2020.49799>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Curación de datos: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Análisis formal: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Investigación: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Metodología: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Administración de proyecto: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Recursos: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Supervisión: Carlos Guillermo Carcelén Reluz.

Validación: Carlos Guillermo Carcelén Reluz.

Visualización: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Redacción – borrador original: Gina Lindsay Choctaya Choctaya.

Redacción – revisión y edición: Gina Lindsay Choctaya Choctaya, Carlos Guillermo Carcelén Reluz.