



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN  
PERSONAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN HOGARES PERUANOS SEGÚN  
LA ENDES 2021**

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con  
mención en Psicología Clínica

**Autor:**

Barrera Begazo, Juan Luis

**Asesora:**

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

**Jurado:**

Diaz Hamada, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Campana Cruzado, Frey Antonio

**Lima - Perú**

**2024**

# FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN PERSONAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN HOGARES PERUANOS SEGÚN LA ENDES 2021

## INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

7%

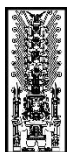
PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://repositorio.ucp.edu.pe">repositorio.ucp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://cdn.www.gob.pe">cdn.www.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://pesquisa.bvsalud.org">pesquisa.bvsalud.org</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="https://www.fundacion-salto.org">www.fundacion-salto.org</a> Fuente de Internet	<1%



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN  
PERSONAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN HOGARES PERUANOS SEGÚN LA  
ENDES 2021

### **Linea de investigación: Salud mental**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención  
en Psicología Clínica

#### **Autor:**

Barrera Begazo, Juan Luis

#### **Asesora:**

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

#### **Jurado:**

Diaz Hamada, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Campana Cruzado, Frey Antonio

**Lima – Perú**

**2024**

### **Dedicatoria**

A mi madre, por su amor incondicional,  
sus consejos y su apoyo constante.

A mi padre en el cielo, por tu respaldo,  
paciencia y guía.

A mi novia Sayuri, por el ánimo y  
la compañía en los estudios y en la vida,  
te amo.

### **Agradecimientos**

A mi alma mater, la Universidad Nacional Federico Villarreal, por ser un segundo hogar durante los años de carrera

A la Mag. Luz Elizabeth Mayorga, quien me asesoró en la realización de la presente tesis.

Al Ps. David Villarreal-Zegarra y al equipo de la Unidad de Investigación en Salud Mental de IPOPS, por ser el contexto ideal para el desarrollo de mis habilidades como investigador.

## Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos .....	iii
Índice .....	iv
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
<b>I. Introducción .....</b>	<b>10</b>
1.1 Descripción y formulación del problema.....	11
1.2 Antecedentes .....	13
1.3 Objetivos.....	15
• Objetivo general.....	15
• Objetivos específicos .....	16
1.4 Justificación .....	17
1.5 Hipótesis .....	17
• Hipótesis general.....	17
• Hipótesis específicas.....	17
<b>II. Marco Teórico .....</b>	<b>19</b>
2.1 Bases teoricas sobre el tema de investigacion .....	19
2.2 Depresión .....	24
<b>III. Método .....</b>	<b>26</b>
3.1. Tipo de investigación .....	26
3.2. Ámbito temporal y espacial .....	26
3.3. Variables.....	26
3.3.1. Acceso a atención en salud mental: .....	26
3.3.2. Depresión:.....	27

3.4.	Población y muestra.....	27
3.5.	Instrumentos.....	28
3.6.	Procedimientos.....	29
3.7.	Análisis de datos .....	29
3.8.	Consideraciones éticas .....	29
IV.	Resultados.....	31
4.2.	Análisis de datos correlacionales .....	34
V.	Discusión de resultados.....	43
VI.	Conclusiones .....	47
VII.	Recomendaciones .....	49
VIII.	Referencias.....	50
IX.	Anexos .....	55

## Lista de Tablas

<b>Número</b>		<b>Pág.</b>
Tabla 1	Estadísticos descriptivos de los puntajes de depresión en los participantes. ....	31
Tabla 2	Frecuencias y porcentajes de ocurrencia de la atención en salud .....	32
Tabla 3	Atención en salud mental por lugar de consulta .....	32
Tabla 4	Estadísticos descriptivos de la edad de los participantes .....	33
Tabla 5	Frecuencias y porcentajes por niveles de desarrollo de los participantes .....	33
Tabla 6	Frecuencias y porcentajes por nivel educativo alcanzado.....	34
Tabla 7	Frecuencias y porcentajes del sexo de los participantes .....	34
Tabla 8	Características comunitarias y atención en salud mental.....	35
Tabla 9	Características comunitarias y lugar de atención en salud mental.....	38
Tabla 10	Características individuales y atención en salud mental.....	40
Tabla 11	Características individuales y lugar de atención en salud mental.....	42



## Lista de Figuras

<b>Número</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1 Modelo conductual del uso de los servicios sanitarios de 1995 .....	20
Figura 2 Modelo conductual del uso de los servicios sanitarios de 2004 .....	23

## Resumen

El estudio buscó analizar la relación entre el acceso a servicios de salud mental y los factores asociados en adultos peruanos con síntomas depresivos. Se empleó un método cuantitativo no experimental, basado en datos de la Encuesta Nacional ENDES del 2021, examinando 13,019 registros de adultos mayores de 18 años con signos de depresión, utilizando el PHQ-9 incluido en la encuesta. Se encontró una asociación significativa y débil entre el acceso a la atención de salud mental y 9 factores comunitarios e individuales, así como entre el lugar de atención y dichas características. Los hallazgos revelaron brechas considerables en el acceso a la atención de salud mental en todos los niveles. Se encontró que el estado es el principal proveedor de servicios de salud mental a nivel nacional, mientras los servicios privados eran preferidos por individuos de mayor capacidad económica y en algunas áreas específicas. Además, se observó que niveles educativos y socioeconómicos más altos se relacionaban con una mayor probabilidad de acceder a servicios de salud mental, mientras que la edad avanzada se asociaba con una menor probabilidad de recibir atención. Las conclusiones resaltan la necesidad de ampliar la cobertura geográfica, coordinar esfuerzos, desarrollar protocolos basados en evidencia y emplear tecnología para mejorar el acceso y asegurar la calidad, eficacia y pertinencia de los tratamientos ofrecidos por los distintos proveedores de servicios de salud mental.

*Palabras clave:* Acceso a salud mental, depresión, salud pública.

## Abstract

The study aimed to examine the relationship between access to mental health services and associated factors in Peruvian adults with depressive symptoms. It employed a non-experimental quantitative method using data from the 2021 National Survey (ENDES), analyzing 13,019 records of adults over 18 displaying signs of depression, utilizing the PHQ-9 included in the survey. A significant association was found between access to mental health care and 9 community and individual factors, as well as between the location of care and these characteristics. The findings revealed substantial gaps in mental health care access across all levels. The state emerged as the primary provider of mental health services nationally, while private services were favored by individuals with higher economic capacity and in certain specific areas. Additionally, higher educational and socioeconomic levels were linked to increased likelihood of accessing mental health services, whereas advanced age was associated with a reduced probability of receiving care. The conclusions underscore the need to expand geographical coverage, coordinate efforts, develop evidence-based protocols, and utilize technology to enhance access and ensure the quality, effectiveness, and relevance of treatments offered by various mental health service providers.

*Keywords:* Access to mental health, depression, public health.

## I. INTRODUCCIÓN

El acceso a atención en salud mental se entiende como el resultado de una relación compleja entre diversos factores individuales y del entorno, que dan por resultado la ocurrencia de la consulta con un especialista en salud mental, la satisfacción asociada, confianza en la atención, recuperación, y otros resultados como la reducción de factores de riesgo y la prevención de enfermedades. Uno de los factores que va a generar la búsqueda de una atención es la necesidad, la cual se vincula a la aparición de alguna dolencia o malestar que impacte negativamente en el bienestar del individuo, sea ésta detectada por el mismo individuo o por algún profesional; mientras los factores individuales y del entorno van a modelar la posibilidad de que ese acceso se concrete; convirtiéndose estos factores en potenciales facilitadores o inhibidores de acuerdo con su naturaleza.

Una de las dolencias más frecuentes en el mundo a nivel de salud mental es la depresión, la cual presenta síntomas físicos, cognitivos y conductuales que deterioran el estado de bienestar de las personas que lo padecen, impactando su funcionalidad en diversos niveles y generando la necesidad de atención profesional; sin embargo, el lograr acceder a la atención profesional necesaria para superar éste problema estaría asociado a múltiples factores que podrían colocar en una situación de mayor vulnerabilidad a quienes viven en contextos de escasos recursos, poca educación, o lejos de las grandes ciudades; los cuales a largo plazo podrían profundizar el malestar, generando una mayor necesidad de atención en múltiples especialidades de salud, tanto física como mental, y por tanto un mayor costo de recuperación.

La presente investigación desarrolla la asociación entre los factores asociados al acceso en salud mental en personas con síntomas depresivos en hogares peruanos según la ENDES 2021. En el primer capítulo se incluye la descripción y formulación del problema, se presentan la realidad problemática en relación a la depresión como un problema de salud pública y el acceso a salud mental como una necesidad para aplacar los efectos de la depresión en la

población general y su asociación a diferentes factores estudiados en diversas poblaciones alrededor del mundo; los objetivos se detallan en base a la asociación de los factores descritos con el acceso a salud mental, la justificación en relación a la salud pública ya la importancia de delimitar éstos factores en la atención en salud mental en la población peruana, y las hipótesis a contrastar.

Luego se desarrolla el marco teórico sobre el que se cimenta la comprensión de las variables acceso a atención en salud mental y depresión, desarrollando los conceptos pertinentes al presente estudio.

En seguida se presenta el marco metodológico del estudio, se detalla el tipo de investigación, el ámbito temporal y espacial, las variables, la población y muestra, los instrumentos, el procedimiento, el análisis de datos desarrollado para el estudio y las consideraciones éticas.

Posteriormente se describen los resultados obtenidos, iniciando por los resultados descriptivos y finalizando con los resultados correlacionales, se detallan los hallazgos a través de tablas y descripciones.

En el desarrollo de la discusión se contrastan los resultados a la luz de los antecedentes de investigación y el marco teórico presentado. En seguida se detallan las conclusiones de la investigación, detalladas de acuerdo con los objetivos de la investigación, seguido de las recomendaciones desprendidas del estudio para una mejor cobertura de los servicios de salud mental, con miras a generar un impacto en las políticas de salud pública.

### **1.1 Descripción y formulación del Problema**

La depresión es el problema de salud mental más frecuente a nivel global, y su prevalencia durante los últimos años ha ido en aumento. Los síntomas de este padecimiento impactan en diversas áreas de la vida de quien la sufre y para poder superarla suele ser necesario un

tratamiento (Wagner et al., 2012) . Actualmente se estima que a nivel mundial más de 264 millones de personas viven con depresión, siendo una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023), impactando profundamente en el funcionamiento cotidiano de quienes la experimentan y, además, generando un impacto en el entorno social y económico; ya que se deterioran las relaciones interpersonales, el desempeño laboral y la productividad del individuo.

El impacto negativo de la pandemia por SARS-COV2 ha tenido un importante impacto en la salud mental a nivel global, especialmente en las poblaciones emocional, social y económicamente más vulnerables; las cuales evidencian un aumento en la prevalencia de depresión (Buitrago Ramírez et al., 2021; Santomauro et al., 2021). Para mitigar esta situación, los sistemas de salud han buscado proveer a la población diversos servicios de salud mental; sin embargo, la pandemia no hizo más que agudizar problemas preexistentes y aumentar la carga de los diferentes proveedores de salud mental.

En el Perú las cifras de casos de depresión ya eran de interés en la salud pública desde varios años antes de la pandemia (Piazza et al., 2015), para reducir éstas cifras, se han realizado múltiples propuestas, como una red integrada de salud mental y actualmente el plan de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitarios (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019; Ministerio de Salud [MINSA], 2018) medidas que buscan brindar un acceso equitativo a servicios de salud mental de calidad y que se vieron afectadas durante el periodo de emergencia sanitaria ya que a lo largo de la pandemia se interrumpió la atención presencial en varios centros de salud mental, lo que se sumó a la urgente implementación de atención virtual sin marcos normativos, protocolos de atención, ni guías de telesalud definidas (Orellano, 2021).

Además del servicio asistencial, monitorear el estado de la salud mental en la población permite conocer si estas medidas logran reducir las cifras de prevalencia de problemas de salud

mental en la población, una de las cuales es la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES, realizada año tras año por el INEI, que incluye preguntas de monitoreo del estado de salud como de acceso a atención, la cual genera datos que permiten elaborar estudios con muestra representativa de la población. Es de estos datos que se desprenden múltiples estudios que exploran la relación entre salud mental, violencia, factores sociodemográficos, y etapas del desarrollo, sexo o condición socioeconómica, sin embargo, no se han realizado estudios respecto a la prevalencia y naturaleza del servicio al que acceden para el tratamiento en salud mental especialmente su estado posterior al inicio de emergencia sanitaria. Por lo que se considera la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre la relación entre el Acceso a atención en salud mental y las características comunitarias e individuales en adultos con síntomas depresivos en hogares peruanos según la ENDES 2021?

## **1.2 Antecedentes**

En el Perú, múltiples estudios utilizan encuestas demográficas para el estudio de la salud mental y problemas asociados; así tenemos el estudio descriptivo transversal realizado por Piazza y Fiestas (2015) con el objetivo de estudiar el uso de servicios de salud mental en la población adulta peruana durante un periodo de 12 meses, utilizando los datos de la encuesta mundial de salud mental que contempló 3930 participantes de entre 18 a 65 años; el análisis realizado en este estudio reveló que solo el 9,7% de las personas que tuvieron algún trastorno recibió un tratamiento adecuado, siendo las de menor nivel educativo las que tuvieron mayor dificultad al obtener atención (OR=0.1; 95% CI=0.0, 0.5).

En relación a factores asociados a depresión, tenemos el estudio de Martina y colaboradores (2017) que buscó estimar la prevalencia de factores sociodemográficos asociados a la depresión en adultos mayores bajo un modelo de estudio observacional, transversal y analítico, utilizando una muestra probabilística de 11411 adultos mayores, obtenidos de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-

2015, los resultados indicaron que la prevalencia de depresión en la población estudiada fue del 14%, teniendo como factores de riesgo el ser mujer [OR 1.92 (1.72 – 2.15)], mayor de 75 años [OR 1,56 (1,40 - 1,74)], carecer de instrucción [OR 2,63 (2,35 - 2,95)], vivir sin pareja [OR 1,32 (1,19 - 1,47)], residir en área rural [OR 2,12 (1,91 - 2,36)], ser pobre [OR 2,30 (2,06 - 2,56)] y tener alguna discapacidad [OR 2,63 (2,29 - 3,02)].

Otro estudio similar en adultos mayores peruanos fue el de Baldeón-Martínez y colaboradores (2019) quienes también buscaron determinar factores sociodemográficos asociados a depresión en adultos mayores utilizando la muestra de la ENDES 2017; obteniendo también que la depresión alcanzó una prevalencia del 14.2% y se asoció con ser mujer, mayor de 75 años, vivir en áreas rurales y ser pobre; sin embargo en este año no se observó asociación con discapacidad.

Greenberg y colaboradores (2021) estudiaron el incremento de la carga económica en la economía de los Estados Unidos generado por el trastorno depresivo mayor en la población adulta en el periodo 2010 al 2018, se evaluó la prevalencia del trastorno por sexo, edad, empleo, y el estado del tratamiento en el tiempo. Los datos se obtuvieron de la Encuesta nacional de salud y uso de drogas (NSDUH, por sus siglas en inglés); los resultados indicaron que hubo un aumento en la prevalencia de trastorno depresivo mayor en un 12.9% entre 2010 y 2018, con una proporción mayor en adultos entre 18 y 34 años; sin embargo, la proporción de tratamientos no presentó un aumento a lo largo del tiempo.

Evans-Laco y colaboradores (2018) estudiaron las variaciones socio económicas asociadas a las brechas en tratamiento en salud mental en personas con trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo, y trastornos por uso de sustancias. Para este estudio utilizaron los datos obtenidos de la encuesta mundial de salud mental desarrollada por la OMS a un total de 16 753 encuestados en 25 países a lo largo de 12 meses. Los resultados indicaron que en



países de ingresos bajos y medios-bajos apenas el 13.7% de los casos recibieron tratamientos, frente a un 22% en países de ingresos medio-alto y un 36.8% en países de ingresos altos. Los encuestados de mayores ingresos económicos o de mayor nivel educativo mostraron más probabilidad de recibir tratamiento especializado en salud mental, evidenciando una relación entre estas variables.

El mismo año, Araya y colaboradores (2018) estudiaron los determinantes en el acceso a salud mental en 49 países. Para el desarrollo del estudio también se utilizó la base de datos de la encuesta mundial de salud mental de la OMS en base a un muestreo de 7870 individuos y se analizó utilizando Análisis Logístico Multinivel Bayesiano para establecer niveles tanto individuales como por país asociados a recibir diagnóstico y acceso a tratamiento por depresión si se realizó el diagnóstico. Los resultados indicaron que el 32% reportó haber sido diagnosticado con depresión alguna vez en su vida y un 66% reportó haber recibido tratamiento para depresión. El nivel de ingreso del país explicó un 27.6% de la varianza en el acceso a diagnóstico y un 24.1% en el acceso a tratamiento, mientras factores individuales como el género, nivel educativo, comorbilidades físicas, activos materiales y vivir en áreas urbanas fueron indicadores de mejor acceso. Estos resultados evidencian que a diferencia de la prevalencia (donde los factores contextuales tienen menos impacto), el nivel de ingreso del país explica gran cantidad de la varianza en el acceso a diagnóstico y tratamiento de trastornos depresivos.

### **1.3 Objetivos**

- ***Objetivo general***

Determinar la relación entre el acceso a atención en salud mental y los factores asociados en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.

- ***Objetivos Específicos***

- 1) Establecer la relación entre el acceso a atención en salud mental, región, lugar y área de residencia en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.
- 2) Establecer la relación entre el acceso a atención en salud mental, nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.
- 3) Establecer la relación entre el lugar de atención en salud mental, región, lugar y área de residencia en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.
- 4) Establecer la relación entre el lugar de atención en salud mental, nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.
- 5) Estimar la prevalencia del acceso a atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 por región, lugar y área de residencia.
- 6) Estimar la prevalencia del acceso a atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 por nivel socio económico, sexo, etapa de desarrollo y nivel educativo.
- 7) Estimar la prevalencia del lugar de atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 por región, lugar y área de residencia.
- 8) Estimar la prevalencia del lugar de atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 por nivel socio económico, sexo, etapa de desarrollo y nivel educativo.
- 9) Describir los puntajes de depresión obtenidos por en adultos con sintomatología depresiva de hogares peruanos según la ENDES 2021.

10) Describir la población por edad, nivel de desarrollo, acceso a atención salud mental y lugar de atención según la ENDES 2021.

#### **1.4 Justificación**

El presente estudio explora los factores asociados al acceso a atención en salud mental en adultos con síntomas depresivos de hogares peruanos. La justificación teórica del presente estudio se sustenta en que ampliará la perspectiva acerca de los factores asociados a la atención en salud mental desde la perspectiva del modelo conductual del uso de servicios sanitarios en población peruana, brindando un marco de trabajo.

A nivel práctico permite conocer las brechas de atención tanto al sector público como privado, facilitando canalizar esfuerzos en la oferta de alternativas de atención a través de la implementación de políticas públicas de salud mental basadas en una perspectiva conductual.

Además, cuenta con relevancia social, ya que permite visualizar dónde y a qué factores se relacionan las brechas de acceso en salud mental, facilitando así la toma de decisiones en el desarrollo de políticas públicas de salud mental más equitativas.

#### **1.5 Hipótesis**

- ***Hipótesis general***

H<sub>i</sub>: Existe una correlación entre el acceso a atención en salud mental y los factores asociados.

- ***Hipótesis específicas***

H<sub>1</sub>: Existe correlación entre el acceso a atención en salud mental, región, lugar y área de residencia.

H<sub>2</sub>: Existe correlación entre el acceso a atención en salud mental, nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo.

H<sub>3</sub>: Existe correlación entre el lugar de atención en salud mental, la región, lugar y área de residencia.

H<sub>4</sub>: Existe correlación entre el lugar de atención en salud mental, nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### Acceso a atención en salud mental

La salud mental se comprende como el estado mental que permite a las personas hacer frente a situaciones estresantes a lo largo de la vida, desarrollando el potencial personal, y permitiendo trabajar y aprender de forma adecuada, de tal forma que contribuye a la mejora de su comunidad y es considerada un derecho fundamental para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (OMS, 2022). Cuando la salud mental se ve afectada, se experimentan niveles menores de bienestar, que incluyen altos grados de angustia o discapacidad de funcionar adecuadamente frente a las demandas del entorno, siendo un riesgo potencial tanto para sí mismo como para otros (Faria et al., 2023).

El acceso a servicios de salud ha sido ampliamente estudiado a lo largo de los años debido a la necesidad de un concepto claro para la elaboración de políticas públicas, de éstos podemos encontrar dos modelos, el modelo conductual y el modelo como ajuste (Ricketts y Goldsmith, 2005).

#### *2.1.1. Modelo conductual del uso de los servicios sanitarios.*

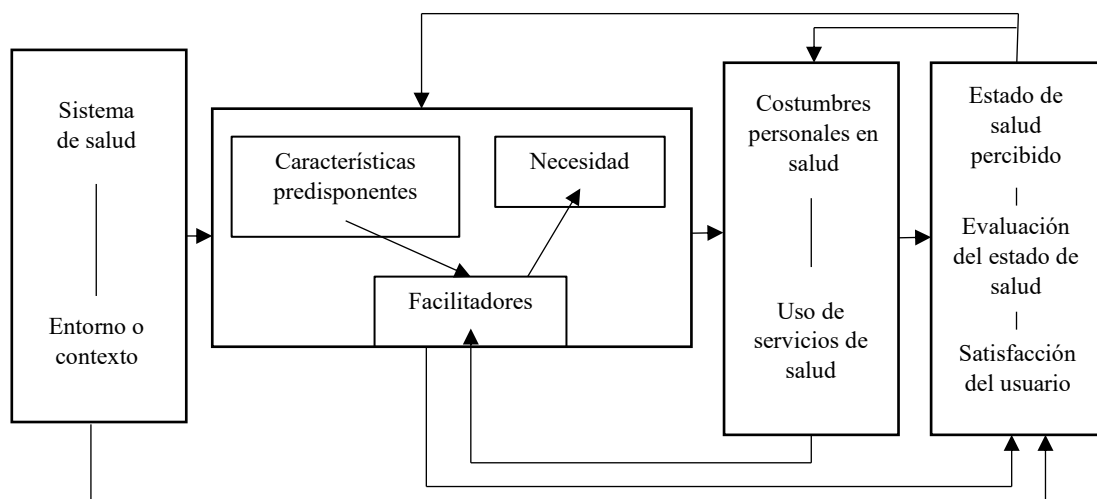
El ‘Modelo conductual del uso de los servicios sanitarios’, desarrollado por Ronald Andersen (1973, en Ricketts y Goldsmith, 2005) señala que el uso de la atención sanitaria tiene dos grandes dimensiones: Las características de la población frente a las características del sistema de prestación; y éstas se podían ampliar para identificar cinco componentes: Política sanitaria, características del sistema de prestación sanitaria, características de la población de riesgo, utilización de los servicios sanitarios y satisfacción del consumidor como un marco de estudio. Estos componentes se denominaron posteriormente como ‘predisponentes’ (para referirse a características individuales) o ‘Facilitadores’ como características estructurales y se consideró una ‘necesidad’ el desequilibrio biológico de los individuos.

El desarrollo de medidas de resultados por parte de Andersen y sus colegas se centró en la utilización y, posteriormente, en la satisfacción de los consumidores como medidas de resultados. Andersen creía que “la prueba del acceso es el uso del servicio, no solamente la presencia de instalaciones”. Basándose en esta lógica, se propusieron 2 medidas: el Ratio Síntomas-Respuesta (SRR) y el Ratio Uso-Discapacidad (UDR). Éstos ratios se utilizaron en grandes evaluaciones de programas destinados a ampliar el acceso a la atención primaria.

El propio Andersen revisó este modelo de acceso 20 años después de su aparición original e insistió en el papel de los bucles de retroalimentación en el sistema. En la versión de 1995, según el modelo los resultados retroalimentan al proceso central de acceso que agrupa las características predisponentes, los recursos facilitadores y las necesidades. A continuación, se combinan para determinar el comportamiento sanitario (uso y prácticas sanitarias personales), y ese comportamiento retroalimenta ese núcleo central del proceso (Figura 1).

**Figura 1**

*Modelo conductual del uso de los servicios sanitarios de 1995*



Varios años después de la revisión del modelo en 1995, Davidson y colaboradores (2004) buscaron extender el modelo conductual de uso de los servicios sanitarios incluyendo

características del contexto, y explicando la forma en la que se relacionan éstas con las características individuales y los resultados sanitarios (Figura 2), definiendo cada una de estas características en:

**A. Características individuales.** Las características individuales, categorizadas como factores predisponentes, facilitadores y de necesidad, son los predictores bien establecidos del acceso. El modelo sugiere que el uso que hacen las personas de los servicios sanitarios está en función de:

- Factores predisponentes: La predisposición del ciudadano a utilizar o no los servicios, relacionados al nivel educativo, situación laboral, pertenencia a grupos étnicos minoritarios, condición migratoria, idioma o lengua, y creencias acerca de la salud (aunque estas características predisponentes no sean directamente responsables del uso)

- Factores facilitadores: las condiciones favorables que facilitan o impiden el uso de los servicios, aquí se observa el ingreso familiar, la presencia o ausencia de una fuente regular de atención médica, el aseguramiento y la cobertura del seguro médico

- Factores de necesidad: pertenecer a sectores social y económicamente desfavorecidos, o tener alguna condición que precisa tratamiento médico percibidas tanto por los ciudadanos como por los profesionales de la salud.

**B. Características comunitarias.** Las características comunitarias reflejan el contexto donde ocurre el acceso a los servicios de salud, comprende el entorno económico, social, estructural, y de políticas públicas; incluyendo las redes asistenciales, las características de la población dependiente de redes de asistencia, políticas públicas de apoyo a la prestación de servicios a poblaciones necesitadas y la oferta de servicios de

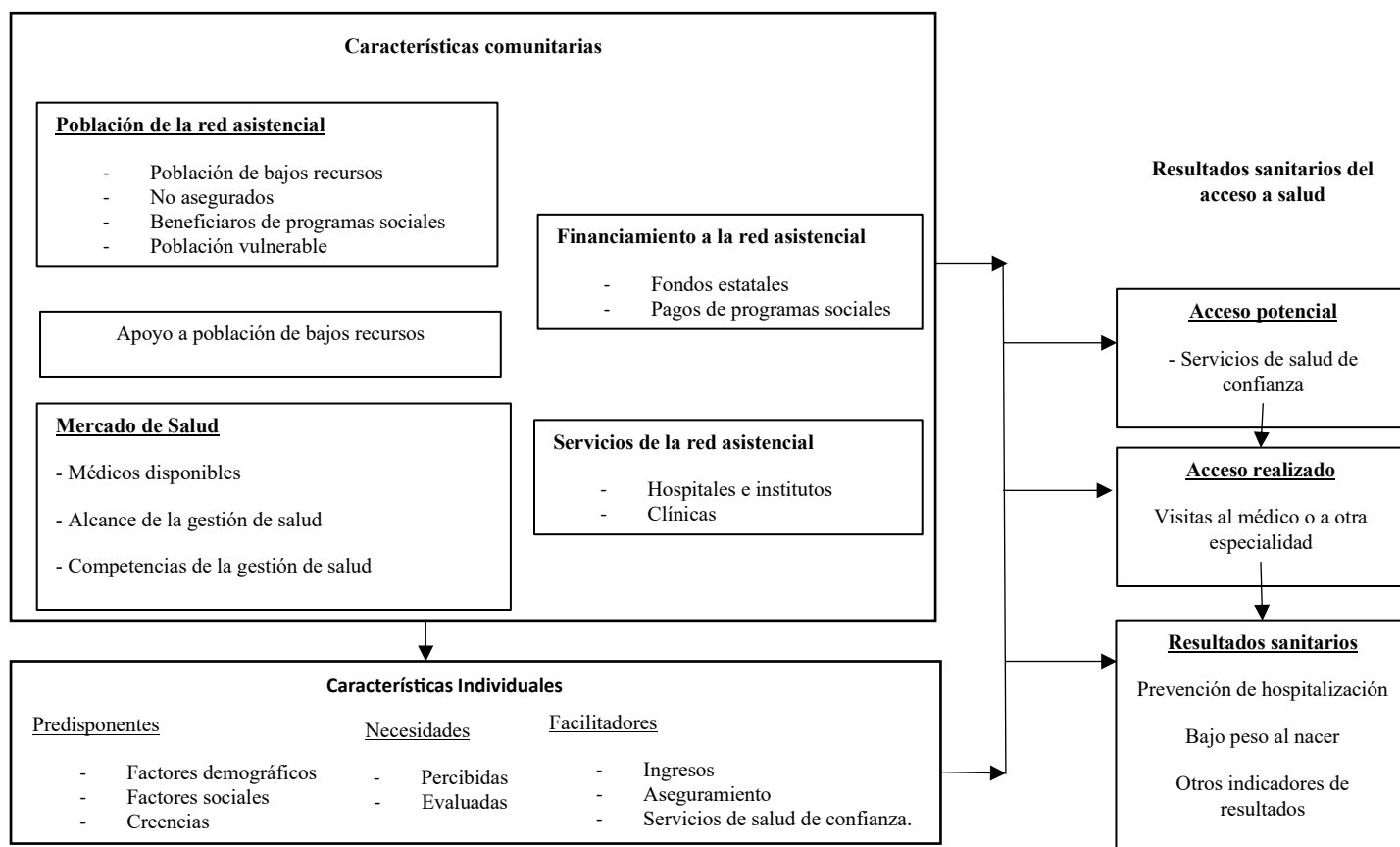
salud en el mercado local. La población que depende de la red de asistencia consta de tres grandes subgrupos que habitan un lugar geográfico y dependen desproporcionadamente de la red de asistencia: 1) personas que no están aseguradas, 2) beneficiarios de programas sociales de asistencia médica financiada por el estado y 3) poblaciones vulnerables: niños y adultos con discapacidad; ancianos de salud frágil; discapacitados beneficiarios de planes sociales; mujeres embarazadas, niños y adolescentes con bajos ingresos; pacientes con enfermedades mentales; toxicómanos; personas con VIH/SIDA; y personas sin hogar.

- C. **Acceso a servicios de salud y resultados sanitarios.** El acceso y los resultados de la atención sanitaria miden la entrada potencial y real en el sistema de atención médica, y los resultados del acceso en términos de prestación de atención médica eficaz y eficiente.



**Figura 2**

*Modelo conductual del uso de los servicios sanitarios de 2004*



### **2.1.2. Modelo del acceso como ajuste.**

Penchansky (1977, en Ricketts y Goldsmith, 2005) propuso el concepto de ‘ajuste’ entre las necesidades del paciente y la capacidad del sistema para satisfacerlas. Sugirió que esta adecuación podía medirse en 5 dimensiones: (1) disponibilidad, que es el volumen de médicos y otros servicios sanitarios; (2) accesibilidad, la relación espacial o geográfica entre los proveedores de asistencia sanitaria y los usuarios de la misma; (3) acomodación, que describe la organización y el contenido del sistema sanitario en relación con la facilidad con que las personas pueden utilizar la asistencia (horarios de las clínicas, tiempo de espera y duración de la espera para una cita); (4) la asequibilidad, es decir, la capacidad económica de la población para utilizar la atención prestada por el sistema y la percepción de valor por parte de los

pacientes; y (5) la aceptabilidad, que representa las actitudes de los usuarios de la atención sanitaria hacia los proveedores, y viceversa.

## **2.2 Depresión**

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos -CIE-11 (OMS, 2019), los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo, pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar, se sugiere tener en cuenta la dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga. Profundizando en este problema de salud, el enfoque conductual cognitivo explica que depresión se caracteriza por sesgos negativos en el pensamiento, incluyendo como parte de sus ideaciones cotidianas creencias negativas sobre sí mismas, el mundo y su futuro; manifestándose a través de errores de lógica, como podría ser la generalización de ideas o apresurar conclusiones negativas (Hayes et al., 1999).

Por su sintomatología, los trastornos depresivos pueden presentarse con una gravedad leve, moderada y grave; pudiendo presentar síntomas psicóticos en los episodios moderados y graves (OMS, 2019). El episodio leve se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, disminución del interés en las actividades y esto sucede la mayor parte del día, casi todos los días durante al menos dos semanas; acompañado de dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad, culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos frecuentes sobre muerte o suicidio, cambios en el apetito, el sueño, agitación (o retraso) psicomotor y disminución de la energía o sensación de fatiga. Durante un episodio leve, el sujeto frecuentemente se presenta angustiado por los síntomas y tiene alguna dificultad para continuar funcionando en uno o más ámbitos de su vida cotidiana. La diferencia entre los niveles de

gravedad leve, moderado y severo se relacionan a la intensidad de los síntomas descritos; y mientras en el nivel leve el individuo tiene alguna dificultad para desarrollar su vida, en el episodio moderado los síntomas son más intensos y le generan considerables dificultades para seguir con su día a día, y en el episodio severo las dificultades son serias, llegando a impedirle realizar sus actividades con normalidad. Las características clínicas de la depresión se expresan en cuatro áreas sintomáticas relacionadas (Beck et al., 1983):

- Afectivos: Comprende la sensación de tristeza, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpabilidad, enojo, vergüenza,
- Motivacionales: Desmotivación y dependencia
- Cognitivos: Dificultad para tomar decisiones, autocrítica.
- Conductuales: Evitación, pasividad e inercia.
- Fisiológicos: Problemas del sueño, disminución del apetito sexual y alimenticio, sensación de cansancio y falta de energía.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

La investigación desarrollada parte de un enfoque cuantitativo, es de diseño no experimental (Kerlinger y Lee, 2003), observacional, de tipo correlacional, (Hernández et al., 2018). Además, en función de sus objetivos es de tipo empírico, asociativo y explicativo; y por su orientación temporal es de tipo retrospectivo de cohorte (Ato et al., 2013).

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

Para la presente investigación se extrajeron los datos de la ENDES, desarrollada por el INEI durante el año 2021 en una muestra representativa de hogares del Perú. Los datos fueron obtenidos de la base institucional de microdatos en enero del 2023, y la limpieza, organización, análisis de datos y redacción del informe se desarrolló durante los meses de mayo a diciembre del año 2023.

#### 3.3. Variables

##### 3.3.1. Acceso a atención en salud mental:

- Definición Conceptual

El acceso y los resultados de la atención sanitaria miden la entrada potencial y real en el sistema de atención médica, y los resultados del acceso en términos de prestación de atención médica eficaz y eficiente (Davidson et al., 2004).

- Definición operacional

- a. Características comunitarias:

- Región, lugar y área de residencia.
- Nivel socio económico.

- b. Características individuales:

- Nivel educativo.
- Sexo

- Etapa de desarrollo: Se consideró como adolescentes quienes tenían un máximo de edad de 20 años, adultez temprana de 21 a 40, adultez media de 41 a 65, y adultos mayores a los que superaron los 65 años.

c. Resultados sanitarios del acceso a salud:

- Ocurrencia de atención profesional en salud mental
- Lugar de atención

### **3.3.2. Depresión:**

- Definición conceptual

Presencia de síntomas tales como: estado de ánimo depresivo, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga (Barlow et al., 2018; Barraca, 2009; Hayes et al., 1999; OMS, 2019).

- Definición Operacional

Personas con sintomatología depresiva según puntajes PHQ-9 para detectar sintomatología depresiva durante los últimos 14 días, y la escala modificada para detección durante los últimos 12 meses, comprendidos en los ítems 700, 702, 703, 704 y 706 de la encuesta. Según el puntaje total obtenido en las escalas, se obtiene la siguiente clasificación: 0-4: Sin depresión. 5-9: Leve. 10-14: Moderada. 15-19: Severa. 20-27: Muy Severa

### **3.4. Población y muestra**

La población es la totalidad de hogares peruanos, la muestra son la población encuestada de la ENDES 2021, que contempla un total de 3 254 conglomerados y 36 760 viviendas, mediante el método de selección de muestras equilibradas, realizado por el INEI La muestra de la ENDES 2021 es una sub muestra anual de la muestra maestra seleccionada para

el periodo 2020-2023, La muestra se caracteriza por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área Urbana y Rural. Para la presente investigación se consideró un total de 13 019 registros de encuestados mayores de 18 años con sintomatología depresiva.

### **3.5.Instrumentos**

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2021) es una encuesta nacional que se realiza anualmente en el Perú con el objetivo de obtener información actualizada sobre la dinámica demográfica, el estado de salud, factores asociados a enfermedades transmisibles y no transmisibles, y el acceso al tratamiento. La encuesta incluye tres cuestionarios: Cuestionario del Hogar, que incluye información demográfica, características de la vivienda, uso de programas sociales, estado del agua y COVID-19; Cuestionario individual de la mujer, que incluye información sobre salud femenina, acceso a anticoncepción, atención prenatal, asistencia del parto y puerperio, discapacidad, nupcialidad, violencia doméstica entre otros; y Cuestionario de salud, que incluye información sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles, además incluye una evaluación de salud mental en adultos a través del PHQ-9.

La ENDES cuenta con un total de 1043 ítems; para la presente investigación se tomaron 9 preguntas correspondientes a la siguiente información: Región de residencia, lugar de residencia, área de residencia, nivel socio económico, sexo, edad, nivel educativo, atención profesional en salud mental y lugar de atención.

El PHQ-9 incluido en la ENDES consta de 9 ítems con cuatro opciones de respuesta: 'ningún día', 'varios días', 'Más de la mitad de los días', 'Casi todos los días'; y cuenta con diversos estudios de sus propiedades psicométricas en población peruana, demostrando adecuada confiabilidad ( $\alpha=0.89$ ;  $\omega= 0.86$ ); adecuada validez por estructura interna

demostrando un ajuste para el modelo de una dimensión ( $\chi^2 = 251.9$ ;  $df=27$ ;  $CFI=0.974$ ;  $TLI=0.965$ ;  $SRMR=0.051$ ;  $RMSEA=0.079$ ), adecuados indicadores de sensibilidad (76, 95% IC 71.1 a 80.5) y especificidad (72.1, 95% IC 69.2 a 74.8); además cuenta con adecuados índices de invarianza entre grupos ( $\Delta CFI < 0.01$ ) por sexo, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado marital y lugar de residencia (Levis et al., 2019; Manea et al., 2015; Villarreal-Zegarra et al., 2019, 2023).

### **3.6.Procedimientos**

Para la realización de esta investigación se obtuvieron los datos de la ENDES 2021 a partir de los microdatos de la web de INEI, posteriormente se realizó la integración de la base de datos y fueron seleccionados de los ítems de acuerdo con las definiciones operacionales, posteriormente se realizó el filtrado de todos los que alcanzaron un puntaje mayor o igual a 10 en el PHQ 9; para luego desarrollar los análisis de datos descriptivos y de correlaciones de acuerdo con los objetivos e hipótesis. Finalmente se procedió a la redacción del informe final de la investigación.

### **3.7.Análisis de datos**

Para el análisis de datos se obtuvieron las frecuencias y porcentajes, luego se evaluaron las relaciones entre las variables 'Atención en salud mental', 'Lugar de atención en salud mental' contra las características comunitarias y características personales utilizando la prueba de independencia de chi cuadrado; para evaluar los niveles de asociación se obtuvieron mediante la V de Cramer y el coeficiente de contingencia. Los análisis se desarrollaron utilizando el programa R Studio versión 2023.09.1+494 y el lenguaje R versión 4.3.1.

### **3.8.Consideraciones éticas**

La presente investigación se desarrolló en el marco de los principios éticos del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú y la Ley de Protección de Datos

Personales (Ley 29733). Igualmente, se respetaron los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia para los participantes, ya que al ser un estudio que utiliza una base de datos nacional no se expuso a ningún participante a ningún tipo de riesgo para su salud, dignidad e integridad.



## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis de datos descriptivos.

Los puntajes obtenidos por la muestra poblacional incluida en la investigación se presentan en la Tabla 1, se observa que los 13019 casos incluidos cuentan con un mínimo puntaje de 10, y un máximo de 27, con una media de 16.23 y una desviación estándar de 4.94, de acuerdo con el puntaje obtenido en el PHQ9 acerca de los síntomas de los últimos 12 meses.

**Tabla 1**

*Estadísticos descriptivos de los puntajes de depresión en los participantes*

	<i>n</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>media</i>	<i>S.D.</i>
PHQ 9	13019	10	27	16.23	4.94

En la Tabla 2 se muestran los casos que lograron acceder atención en salud mental frente a los que no obtuvieron atención durante los últimos 12 meses. Se observa que de los 13019 casos, apenas el 14.87% obtuvo algún tipo de atención en salud mental, mientras el 85.13% no logró obtener atención.

**Tabla 2***Frecuencias y porcentajes de ocurrencia de la atención en salud mental*

Atendidos	n	%
si	1936	14.87
no	11083	85.13
Total	13019	100

En la tabla 3 se presentan las frecuencias y porcentajes de los lugares donde se obtuvo la atención en salud mental, incluyendo aquellos que no fueron atendidos. Se observa que la mayor cantidad de casos se agrupan en servicios del sector público, con 9.08% de los casos, mientras en el sector privado se agrupan el 4.31% de los casos, y la menor cantidad de atenciones fue provista por organizaciones no gubernamentales. El 1.04 % de los encuestados expresa no saber o no recordar el tipo de establecimiento donde recibió atención en salud mental.

**Tabla 3***Atención en salud mental por lugar de consulta*

	n	%
Sector Publico	1182	9.08
Sector privado	561	4.31
ONG	57	0.44
No Sabe /No Recuerda	136	1.04
No atendido	11083	85.13
Total	13019	100

En la tabla 4 se presenta la edad de los participantes, todos los encuestados incluidos en el estudio fueron mayores de edad, de entre 18 a 97 años, la edad media de los participantes es de 40.84% con una desviación estándar de 16.75.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de la edad de los participantes*

	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>media</i>	<i>S.D.</i>
Edad	18	97	40.84	16.75

En la tabla 5 se agrupan a los participantes por el nivel de desarrollo, se observa que el 7.56% de los participantes se encuentra en la adolescencia, el 50.96 en la adultez temprana, el 30.53 en la adultez media y el 10.95% en la adultez tardía.

**Tabla 5**

*Frecuencias y porcentajes por niveles de desarrollo de los participantes*

	n	%
Adolescente	984	7.56
Adultez Temprana	6634	50.96
Adultez media	3975	30.53
Adultez tardía	1426	10.95
Total	13019	100

Otro factor estudiado fue el nivel educativo alcanzado, en la tabla 6 se puede observar que el 5.39% de los casos no recibió educación, el 38.55% tuvo algún grado de educación básica pero no alcanzó a concluirla (primaria completa/incompleta o secundaria incompleta), el 28.45 terminó la educación básica y el 27.61% alcanzó un nivel de educación superior.

**Tabla 6***Frecuencias y porcentajes por nivel educativo alcanzado*

	n	%
Superior	3594	27.61
Secundaria completa	3704	28.45
Primaria incompleta	2343	18.00
Secundaria incompleta	1806	13.87
Primaria completa	870	6.68
Sin Educación	702	5.39
Total	13019	100

En relación con el sexo de los encuestados, las mujeres representan la mayoría de los casos con un 73.01%, mientras los hombres alcanzan un 26.99%.

**Tabla 7***Frecuencias y porcentajes del sexo de los participantes*

	n	%
Mujeres	9505	73.01
Hombres	3514	26.99
Total	13019	100

#### **4.2. Análisis de datos correlacionales**

En la Tabla 8 se desarrolla el análisis de correlaciones entre las características comunitarias y la atención en salud mental, se observa que la atención en salud mental se relaciona de forma estadísticamente significativa con la región, lugar, área de residencia y nivel socio económico con un  $p < .01$ , y un nivel bajo de asociación ( $\phi < .2$ ) para todos los casos. Se observa que en todas las regiones existe una amplia brecha en la atención, ya que los no atendidos van del 77% al 93.92%. Según lugar de residencia la situación es similar, ya que los no atendidos representan el 83.13% en la zona urbana y el 89.04% en la zona rural. En el caso del área de residencia, los no atendidos representan del 81.99% al 89.04% de los casos. En el

caso del nivel socio económico resalta que la brecha entre atendido/no atendido es menor a la par que aumenta el nivel de ingreso, alcanzando los no atendidos un 75.02% en el quintil más rico, frente al 89.81% del quintil más pobre.

**Tabla 8**

*Características comunitarias y atención en salud mental*

Características Comunitarias	Atendidos	No atendidos	Prueba de independencia de Chi cuadrado
Región de residencia			
Amazonas	74(17.62)	346(82.38)	$X^2 = 234.18$ $p < .01$ $\phi = 0.134$ $n = 13019$
Ancash	62(11.48)	478(88.52)	
Apurímac	112(23)	375(77)	
Arequipa	106(16.59)	533(83.41)	
Ayacucho	96(18.05)	436(81.95)	
Cajamarca	52(19.26)	218(80.74)	
Callao	45(9.3)	439(90.7)	
Cusco	93(14.2)	562(85.8)	
Huancavelica	168(16.29)	863(83.71)	
Huánuco	25(6.08)	386(93.92)	
Ica	93(20.26)	366(79.74)	
Junín	45(6.54)	643(93.46)	
La Libertad	79(13.23)	518(86.77)	
Lambayeque	53(17.85)	244(82.15)	
Lima	289(17.46)	1366(82.54)	
Loreto	55(17.92)	252(82.08)	
Madre de Dios	70(15.91)	370(84.09)	
Moquegua	86(22.45)	297(77.55)	
Pasco	56(16.52)	283(83.48)	
Piura	72(17.39)	342(82.61)	
Puno	51(6.39)	747(93.61)	
San Martín	42(16.67)	210(83.33)	
Tacna	25(7.91)	291(92.09)	
Tumbes	57(19.39)	237(80.61)	
Ucayali	30(9.65)	281(90.35)	
Lugar de residencia			

Urbano	1453(16.87)	7161(83.13)	$X^2 = 80.22$ $p < .01$ $\phi = 0.079$ $n = 13019$
Rural	483(10.96)	3922(89.04)	
Área de residencia			
Capital o gran ciudad	251(14.86)	1438(85.14)	$X^2 = 89.606$ $p < .01$ $\phi = 0.083$ $n = 13019$
Pequeña ciudad	672(18.01)	3060(81.99)	
Pueblo	530(16.6)	2663(83.4)	
Campo	483(10.96)	3922(89.04)	
Nivel Socio Económico			
Pobreza extrema	430(10.19)	3790(89.81)	$X^2 = 222.29$ $p < .01$ $\phi = 0.131$ $n = 13019$
Pobreza	422(13.31)	2748(86.69)	
Media	410(15.91)	2167(84.09)	
Rico	343(19.86)	1384(80.14)	
Muy rico	331(24.98)	994(75.02)	

En la tabla 9 se desarrolla el análisis de correlaciones entre las características comunitarias y el lugar de atención en salud mental, se observa que el lugar de atención en salud mental se relaciona de forma estadísticamente significativa con la región, lugar, área de residencia y nivel socio económico con un  $p < .01$ , y un nivel bajo de asociación ( $\phi < .2$ ) para todos los casos; salvo en el caso de la región de residencia, donde el  $\phi = .25$ , resalta que las atenciones provistas por el sector privado son mayores que las encontradas en el sector público solo las regiones de La Libertad (9.21% frente a 3.35%), Lambayeque (31% frente al 15%) y Lima (9.43% frente al 6.65%); sin embargo, el caso de Ucayali todas las atenciones fueron obtenidas de servicios de salud públicos. Además, se observa que las ONG tienen un alcance muy limitado, alcanzando un máximo de 12 (0% al 2.61%) atenciones por región, siendo Lima (11, 0.66%), Ica (12, 2.61), Pasco (10, 2.95%) y Arequipa (9, 1.41%) las que concentran la mayor cantidad de consultas provistas por organismos no gubernamentales. Según el lugar de residencia, se observa que en el área urbana se ubican casi la totalidad de las atenciones realizadas por ONG's (56, 0.65%) y proveedores privados (485, 5.63%), frente a un alcance en

áreas rurales de 1(0.02) atención por parte de las ONG's y 76 (1.73%) por parte de privados; mientras el principal proveedor en esta zona es el sector público (369, 8.38%). En relación con área de residencia, se observa que en las capitales el proveedor más importante de servicios de salud mental fue el sector privado (133, 7.87%), mientras el sector público es el principal proveedor para las pequeñas ciudades (412, 11.04), pueblos (304, 9.52%) y campo (369, 8.38%). Finalmente, al observar el acceso por nivel socio económico, solamente en el sector de mayores ingresos el acceso principal se da a través de servicios privados (172, 12.98%), mientras en el resto de los niveles de ingreso los servicios públicos de salud mental son los más utilizados, sin embargo, se observa que a medida que aumentan los ingresos aumenta el uso de servicios privados y disminuye la cantidad de no atendidos. Cabe resaltar que, para todos los casos, el porcentaje de no atendidos va del 77% al 93.92% por Región de residencia, del 83.13% al 89.04% por lugar de residencia, del 81.99% al 89.04% por área de residencia; y del 75.02% al 89.81% por nivel socio económico.





Área de residencia							
Capital o gran ciudad	97(5.74)	133(7.87)	9(0.53)	0(0)	12(0.71)	1438(85.14)	$X^2 = 225.05$ $p < .01$ $\phi = .13$ $n = 13019$
Pequeña ciudad	412(11.04)	190(5.09)	26(0.7)	0(0)	44(1.18)	3060(81.99)	
Pueblo	304(9.52)	162(5.07)	21(0.66)	4(0.13)	39(1.22)	2663(83.4)	
Campo	369(8.38)	76(1.73)	1(0.02)	0(0)	37(0.84)	3922(89.04)	
Nivel Socio Económico							
Pobreza extrema	328(7.77)	64(1.52)	1(0.02)	0(0)	37(0.88)	3790(89.81)	$X^2 = 515.83$ $p < .01$ $\phi = .19$ $n = 13019$
Pobreza	258(8.14)	107(3.38)	11(0.35)	0(0)	46(1.45)	2748(86.69)	
Media	267(10.36)	89(3.45)	29(1.13)	0(0)	25(0.97)	2167(84.09)	
Rico	200(11.58)	129(7.47)	7(0.41)	0(0)	7(0.41)	1384(80.14)	
Muy rico	129(9.74)	172(12.98)	9(0.68)	4(0.3)	17(1.28)	994(75.02)	

En relación con las características individuales (tabla 10), tanto el sexo, nivel educativo y la etapa del desarrollo se relacionan de forma estadísticamente significativa con la atención en salud mental ( $p < .01$ ) y un nivel de asociación bajo ( $\phi < .2$ ). Al observar por sexo, la proporción de atendidos en mujeres (15.9%) es mayor a los hombres (12.09), en tanto por nivel educativo se observa que a la par que aumenta el nivel se reduce la proporción de no atendidos, con un 96.72% en el sector sin educación, frente a un 77.52% en el sector con educación superior. Con relación a la edad, los adultos tempranos obtienen presentan un porcentaje menor de no atendidos (83.3%), mientras la mayor proporción se encuentra en la adultez tardía (91.65%).

**Tabla 10***Características individuales y atención en salud mental*

Características Individuales	Atendidos	No atendidos	Prueba de independencia de Chi cuadrado
Sexo			
Hombre	425(12.09)	3089(87.91)	$X^2 = 29.301$ $p < .01$ $\phi = .047$ $n = 13019$
Mujer	1511(15.9)	7994(84.1)	
Nivel educativo			
Sin Educación	23(3.28)	679(96.72)	$X^2 = 295.93$ $p < .01$ $\phi = .151$ $n = 13019$
Primaria incompleta	231(9.86)	2112(90.14)	
Primaria completa	101(11.61)	769(88.39)	
Secundaria incompleta	251(13.9)	1555(86.1)	
Secundaria completa	522(14.09)	3182(85.91)	
Superior	808(22.48)	2786(77.52)	
Etapa del Desarrollo			
Adolescente	122(12.4)	862(87.6)	$X^2 = 70.326$ $p < .01$ $\phi = .073$ $n = 13019$
Adulthood Temprana	1108(16.7)	5526(83.3)	
Adulthood media	587(14.77)	3388(85.23)	
Adulthood tardía	119(8.35)	1307(91.65)	

Finalmente, al evaluar la relación entre las características individuales y el lugar de atención en salud mental (Tabla 11), se obtiene una correlación estadísticamente significativa tanto para el sexo, nivel educativo y etapa de desarrollo ( $p < .01$ ) y un nivel de asociación bajo ( $\phi < .2$ ). Al evaluar por sexo, en ambos casos el sector público fue el principal proveedor de atención en salud mental tanto para hombres y mujeres, y en el sector privado la proporción fue casi la misma, con un 4.33% en hombres y 4.3% en mujeres; y las atenciones provistas por ONG no alcanzan el 1% en ninguno de los sexos. En relación con el nivel educativo, el acceso a salud mental tanto a nivel público y privado va aumentando a la par del nivel educativo; sin embargo, el principal proveedor es el sector público, indistinto del nivel alcanzado; mientras las ONG alcanzan su mayor cantidad de casos atendidos en el sector con educación superior. De la misma forma, el proveedor estatal es el principal tanto para adolescentes y adultos. En relación con los no atendidos, la mayor proporción está en los varones (87.91%), en el sector sin educación (96.72%) y en la adultez tardía (91.65%)

**Tabla 11***Características individuales y lugar de atención en salud mental*

Características Individuales	Sector Publico	Sector privado	ONG	NS/NR	No registrado	No atendido	Prueba de independencia de Chi cuadrado
Sexo							
Hombre	230(6.55)	152(4.33)	8(0.23)	4(0.11)	31(0.88)	3089(87.91)	$X^2 = 54.894$ $p < .01$ $\phi = .06$ $n = 13019$
Mujer	952(10.02)	409(4.3)	49(0.52)	0(0)	101(1.06)	7994(84.1)	
Nivel educativo							
Sin educación	17(2.42)	4(0.57)	0(0)	0(0)	2(0.28)	679(96.72)	$X^2 = 454.66$ $p < .01$ $\phi = .18$ $n = 13019$
Primaria incompleta	175(7.47)	53(2.26)	0(0)	0(0)	3(0.13)	2112(90.14)	
Primaria completa	81(9.31)	15(1.72)	5(0.57)	0(0)	0(0)	769(88.39)	
Secundaria incompleta	178(9.86)	44(2.44)	8(0.44)	0(0)	21(1.16)	1555(86.1)	
Secundaria completa	339(9.15)	141(3.81)	2(0.05)	0(0)	40(1.08)	3182(85.91)	
Superior	392(10.91)	304(8.46)	42(1.17)	4(0.11)	66(1.84)	2786(77.52)	
Etapa del Desarrollo							
Adolescente	63(6.4)	45(4.57)	7(0.71)	0(0)	7(0.71)	862(87.6)	$X^2 = 130.76$ $p < .01$ $\phi = .1$ $n = 13019$
Adulthood Temprana	649(9.78)	317(4.78)	34(0.51)	0(0)	108(1.63)	5526(83.3)	
Adulthood media	374(9.41)	177(4.45)	16(0.4)	4(0.1)	16(0.4)	3388(85.23)	
Adulthood tardía	96(6.73)	22(1.54)	0(0)	0(0)	1(0.07)	1307(91.65)	

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados indican que existe una relación entre las características comunitarias (región, lugar y área de residencia; nivel socio económico) e individuales (sexo, nivel educativo y etapa del desarrollo) tanto con la atención en salud mental como el lugar de atención en adultos de hogares peruanos. Sin embargo, a pesar de ser estadísticamente significativa esta relación es de baja intensidad en todos los casos analizados. Estudios previos en la misma línea asocian también como factores a tener en cuenta el sexo, edad, nivel de instrucción, la zona de vivienda y el nivel socio económico (Baldeón-Martínez et al., 2019; Greenberg et al., 2021; Martina et al., 2017) mientras otros estudios incluyen, además, factores como el matrimonio, discapacidad y el nivel de ingreso del país (Araya et al., 2018; Evans-Lacko et al., 2018); además, las relaciones se mantienen dentro del *framework* del Modelo conductual del uso de los servicios sanitarios (Davidson et al., 2004) en donde se explica cómo las variables comunitarias e individuales afectan los resultados sanitarios, especialmente en países de ingresos bajos-medios como el Perú. Es de resaltar el impacto que tienen estos factores en los grupos sociales más vulnerables y en las dinámicas que surgen con relación al nivel educativo y nivel económico, ya que según el modelo los efectos adversos que surgen de la competencia en el mercado de servicios de salud afectan con mayor intensidad a medida que el nivel socio económico disminuye, y se vincula a mayores riesgos de no estar asegurado y genera una mayor demanda de programas sociales de aseguramiento en salud.

En relación con la prevalencia del acceso a atención en salud mental por región de residencia, es de resaltar la escasa proporción de adultos con depresión atendidos en Huánuco, Junín y Puno, superando apenas el 6%, frente a regiones como Apurímac, Moquegua e Ica, donde más de la quinta parte de los casos alcanzaron atención. Por otro lado, Lima está aún lejos de alcanzar a dar abasto a la quinta parte de los casos; y en Callao no se alcanza a atender ni a 1 de cada 10 sujetos con síntoma depresivos, a pesar de que son las regiones que concentran

tanto la mayor población como la mayoría de los servicios sanitarios (Gutiérrez, 2023). Con respecto al lugar donde se desarrolló la atención, los servicios de salud mental del sector público fueron los más utilizados a lo largo de todo el país, con excepción de La Libertad, Lambayeque y Lima, regiones donde los servicios privados fueron la principal fuente de acceso a salud mental. Resalta el escaso alcance de las ONG's, las cuales solo se presentaron en Amazonas, Arequipa, Ayacucho, Ica, Lambayeque, Lima, Loreto, Pasco y Puno. El nivel de ingresos del país es un factor a tener en cuenta en el acceso que tienen los ciudadanos a los servicios de salud mental, ya que en los países de ingresos altos existen mayores posibilidades de recibir tratamiento, y se van reduciendo a la par que el nivel económico del país se reduce (Araya et al., 2018; Evans-Lacko et al., 2018). A pesar que según la categoría del Banco Mundial (2022) el Perú es un país que se ubica dentro de los países de ingresos medios – altos, a la fecha cuenta con una escasa inversión estatal en salud mental (Defensoría del Pueblo, 2022), impactando esto en la cobertura lograda por los servicios públicos, principal fuente de servicios de salud mental a nivel nacional.

En esa misma línea, las proporciones del acceso a atención en salud mental es mayor en las zonas urbanas frente a las rurales, y en las pequeñas ciudades frente a las capitales, pueblos o campo; y mientras tanto en el sector urbano como el rural los servicios públicos representan la mayor proporción de acceso a salud mental; solo las capitales los servicios privados obtienen la mayor tasa. Además, el nivel socio económico presentó una dinámica interesante, en la que se pudo observar que, a medida que aumentaba el ingreso aumentaba la proporción de atenciones, logrando atenderse en el sector más acomodado el doble de la proporción alcanzada por la población de menor poder adquisitivo; de igual forma el uso de servicios privados aumenta a medida que aumentan las capacidades económicas, siendo el sector más adinerado el único que prefiere la atención privada por sobre la atención pública. Para el caso de las ONG's, la atención se observa con mayor concentración en las zonas

urbanas, de pequeñas ciudades o pueblos, y entre los sectores en pobreza y clase media. En esta línea, estudios previos también identifican que la pobreza y el vivir en áreas rurales es un factor que afecta negativamente al acceso a atención en salud mental (Baldeón-Martínez et al., 2019; Martina et al., 2017), reduciendo las posibilidades de recuperación e impactando en la calidad de vida especialmente en los sectores económicamente más vulnerables.

A nivel de características individuales, las atenciones en salud mental fueron obtenidas mayormente por mujeres; además se aprecian mayor cantidad de casos en personas que se encuentran en la adultez temprana (entre los 21 y 40 años), en ambos casos prefiriendo las atenciones provistas por el sector público. En tanto se observó que a medida que aumentaba el nivel educativo, se incrementaba la proporción de la población con síntomas depresivos que accedía a atención en salud mental y mientras de cada 100 personas 22 con educación superior alcanzaron atención frente a los escasos 3 atendidos en las personas sin educación; y al igual que sucede con el nivel socio económico, a medida que aumenta el nivel educativo aumenta el uso de servicios privados, sin embargo en ninguno de los niveles supera a los servicios provistos por el sector público. Es de resaltar que las ONG's brindaron en su mayoría atenciones a adultos de 21 a 40 años, a mujeres, y a personas con educación superior. De igual forma, (Araya et al., 2018; Evans-Lacko et al., 2018; Piazza et al., 2015) coinciden en que factores individuales como ser mujer, bajo nivel educativo y ser de la tercera edad pueden impactar negativamente en el acceso que se tiene a servicios de salud mental.

Respecto a la distribución de la muestra con síntomas depresivos tenemos que los puntajes alcanzados para el PHQ fueron de 10 hasta 24, con una media de 16.23 puntos; la media de edad fue de 40 años, con un mínimo de 18 y máximo de 97, de los cuales la mitad pertenecen a la etapa de adultez temprana, en tanto el nivel educativo se encontraron en su mayoría entre secundaria incompleta a educación superior; y fueron en su mayoría mujeres (más del 70%). En general, se reportaron 1936 atenciones en salud mental, de las cuales 1182

fueron provistas por el sector público, 561 por el sector privado y apenas 57 por ONG's, 136 sujetos reportaron no saber o no recordar dónde fueron atendidos. Piazza y colaboradores (2015) resaltan que la prevalencia de depresión suele afectar más a mujeres, mientras Greenberg y colaboradores (Greenberg et al., 2021) coincide en que el mayor acceso a tratamientos en salud mental se da en la población de 18 a 34 años.

Los resultados del presente estudio deben considerarse en relación a sus limitaciones, ya que a pesar de ser una muestra representativa no se detalla el tipo de proveedor de servicios de salud mental; así dentro de los profesionales que atendieron pueden estar incluidos (mas no limitados) psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeras, otros profesionales del sector salud, (Hidalgo, 2019); así mismo, la encuesta no incluyó datos sobre la idoneidad del tratamiento, el tipo de atención, enfoque, duración, cantidad de sesiones o si en el proceso se utilizó medicación. A pesar de éstas limitaciones, los resultados apuntan en la misma dirección que estudios previos y refuerzan la imperiosa necesidad de aumentar la oferta pública de servicios de salud, además de la impostergable implementación de estrategias para cerrar las brechas de acceso, ya sea utilizando servicios de telesalud o ejecutando campañas de prevención; y la inclusión de terapias basadas en evidencia que permitan reducir los tiempos de recuperación de quienes logran obtener acceso a servicios de salud mental.



## VI. CONCLUSIONES

6.1. Existe relación estadísticamente significativa y débil entre el acceso a atención en salud mental y las características comunitarias e individuales en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.

6.2. Existe relación estadísticamente significativa y débil entre el acceso a atención en salud mental y región, lugar y área de residencia en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.

6.3. Existe relación estadísticamente significativa y débil entre el acceso a atención en salud mental y nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.

6.4. Existe relación estadísticamente significativa y débil entre el lugar de atención en salud mental y la región, lugar y área de residencia en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.

6.5. Existe relación estadísticamente significativa y débil entre el lugar de atención en salud mental y el nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.

6.6. Existe mayor prevalencia de acceso a atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 en las regiones de Apurímac, Moquegua e Ica, así mismo, es mayor en la zona urbana y en las pequeñas ciudades.

6.7. Existe mayor prevalencia de acceso a atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 a medida que aumenta el nivel socio económico, son las mujeres las que recibieron la mayor cantidad de atenciones frente a los varones, de igual forma los que se encuentran en la adultez temprana obtuvieron la mayor cantidad de accesos; en tanto se observó que aumentó el acceso a medida que aumentó el nivel educativo.

6.8. Existe mayor prevalencia de atenciones en salud mental brindadas por el sector público en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021, con excepción de las regiones de La Libertad, Lambayeque y Lima; así mismo en las capitales o grandes ciudades fueron mayores las atenciones obtenidas del sector privado.

6.9. Existe mayor prevalencia de lugar de atención en salud mental brindadas por el sector público en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 para ambos sexos, a lo largo de todos los niveles educativos y etapas del desarrollo; sin embargo, solo en el nivel socio económico con mayor poder adquisitivo se observó preferencia por el uso de servicios privados en salud mental.

6.10. Existe mayor porcentaje de adultos de hogares peruanos que no accedieron a atención en salud mental según la ENDES 2021 frente a los no atendidos, y la mayoría de las atenciones se obtuvieron de proveedores del sector público.

6.11. Todos los incluidos en el estudio eran mayores de edad y presentaban sintomatología depresiva, y fueron en su mayoría mujeres.

## VII. RECOMENDACIONES

7.1. Extender los servicios de salud mental presenciales en zonas rurales y lejanas, en pro de equilibrar los porcentajes de acceso de los residentes de esas zonas.

7.2. Integrar los servicios de financiamientos privados y ONG a la red de servicios públicos, con la finalidad de aumentar la proporción de acceso a servicios de salud mental en los sectores sociales menos favorecidos.

7.3. Implementar herramientas tecnológicas, especialmente en las grandes urbes y pequeñas ciudades, donde exista acceso estable a servicios de internet, con la finalidad de incrementar el acceso a servicios de salud mental de los sectores más vulnerables residentes en las grandes urbes y zonas periféricas.

7.4. Adaptar protocolos de atención a las necesidades de los sectores que no poseen alfabetización o tienen necesidades especiales, para lograr un alcance equitativo de los servicios.

## VIII. REFERENCIAS

- Araya, R., Zitko, P., Markkula, N., Rai, D. y Jones, K. (2018). Determinants of access to health care for depression in 49 countries: A multilevel analysis. *Journal of Affective Disorders*, 234, 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.092>
- Ato, M., López-García, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), Article 3. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Baldeón-Martínez, P., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S. y Correa-López, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: Análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47–52. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>
- Barlow, D., Farchione, T., Sauer-Zavala, S., Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Therapist Guide: Therapist Guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190685973.001.0001>
- Barraca, J. (2009). *La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual*.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Castillo-Martell, H. y Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 326–333. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>

- Davidson, P., Andersen, R., Wyn, R. y Brown, E. (2004). A Framework for Evaluating Safety-Net and Other Community-Level Factors on Access for Low-Income Populations. *Inquiry*, 41(1), 21–38. JSTOR.
- Defensoría del Pueblo. (2022). *Defensoría del Pueblo: Urge fortalecer inversión en salud mental para garantizar atención descentralizada y de calidad*. Defensoria del Pueblo - Perú. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-urge-fortalecer-inversion-en-salud-mental-para-garantizar-atencion-descentralizada-y-de-calidad/>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560–1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Faria, M., Zin, S., Chestnov, R., Novak, A., Lev-Ari, S. y Snyder, M. (2023). Mental Health for All: The Case for Investing in Digital Mental Health to Improve Global Outcomes, Access, and Innovation in Low-Resource Settings. *Journal of Clinical Medicine*, 12(21), 6735. <https://doi.org/10.3390/jcm12216735>
- Greenberg, P., Fournier, A., Sisitsky, T., Simes, M., Berman, R., Koenigsberg, S. y Kessler, R. (2021). The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2010 and 2018). *Pharmacoeconomics*, 39(6), 653–665. <https://doi.org/10.1007/s40273-021-01019-4>
- Gutiérrez, G. (2023). Experiencias en la atención primaria de salud mental durante la pandemia por COVID-19: Desafíos éticos y lecciones aprendidas en un centro de consejería de

- Lima Metropolitana, Perú. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 21, 1–14.  
<https://doi.org/10.14422/rib.i21.y2023.002>
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford press New York.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). McGraw-Hill Interamericana México.
- Hidalgo, L. (2019). *Perú: Realizando esfuerzos continuos para mejorar el acceso e incrementar los recursos en salud mental*. Mental Health Innovation Network.  
<https://www.mhinnovation.net/blog/2019/jan/28/per%C3%BA-realizando-esfuerzos-continuos-para-mejorar-el-acceso-e-incrementar-los>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2021). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2021* [dataset]. <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2003). *Investigación en ciencias del comportamiento*. McGraw-Hill Interamericana México.
- Levis, B., Benedetti, A., Thombs, B. y DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: Individual participant data meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 365, 11476. <https://doi.org/10.1136/bmj.11476>
- Manea, L., Gilbody, S. y McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 67–75.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009>
- Martina, M., Ara, M., Gutiérrez, C., Nolberto, V. y Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales*

de la Facultad de Medicina, 78(4), 393–397.  
<https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>

MINSA. (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018–2021. Documento técnico*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279690-plan-nacional-de-fortalecimiento-de-servicios-de-salud-mental-comunitaria-2018-2021-documento-tecnico>

Orellano, C. (2021). Limitaciones legales para el desarrollo de la telesalud mental en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(4). <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i4.3894>

Organización Mundial de la Salud. (2019, 2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Piazza, M., Fiestas, F., Piazza, M. y Fiestas, F. (2015). Estudio transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú. *Salud mental*, 38(5), 337–345. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.046>

Ricketts, T. y Goldsmith, L. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2005.06.007>

The World Bank. (2022). *World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk*. World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

Villarreal-Zegarra, D., Barrera-Begazo, J., Otazú-Alfaro, S., Mayo-Puchoc, N., Bazo-Alvarez, J. y Huarcaya-Victoria, J. (2023). Sensitivity and specificity of the Patient Health

Questionnaire (PHQ-9, PHQ-8, PHQ-2) and General Anxiety Disorder scale (GAD-7, GAD-2) for depression and anxiety diagnosis: A cross-sectional study in a Peruvian hospital population. *BMJ Open*, *13*(9), e076193. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076193>

Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Bernabé-Ortiz, A., Melendez-Torres, G. y Bazo-Alvarez, J. (2019). Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PloS One*, *14*(9), e0221717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>

Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, *35*(1), 3–11.



## IX. ANEXOS

## Anexo A: Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODLOGÍA
¿Cuál es la relación entre la relación entre el Acceso a atención en salud mental y las características comunitarias e individuales en adultos con síntomas depresivos en hogares peruanos según la ENDES 2021?	<p><b>O. GENERAL</b> Determinar la relación entre el acceso a atención en salud mental y las características comunitarias e individuales en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021</p> <p><b>O. ESPECÍFICOS</b> 1) Establecer la relación entre el acceso a atención en salud mental, y región, lugar y área de residencia en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021. 2) Establecer la relación entre el acceso a atención en salud mental, y nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021. 3) Establecer la relación entre el lugar de atención en salud mental, y la región, lugar y área de residencia en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021. 4) Establecer la relación entre el lugar de atención en salud mental y el nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de</p>	<p><b>H. GENERAL</b> H<sub>i</sub>: <b>Existe una correlación entre el acceso a atención en salud mental y las características comunitarias e individuales.</b></p> <p><b>H. ESPECÍFICAS</b> H<sub>1</sub>: Existe correlación entre el acceso a atención en salud mental y región, lugar y área de residencia.  H<sub>2</sub>: Existe correlación entre el acceso a atención en salud mental y nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo.  H<sub>3</sub>: Existe correlación entre el lugar de atención en salud mental y la región, lugar y área de residencia.  H<sub>4</sub>: Existe correlación entre el lugar de atención en salud mental y el nivel socio económico, nivel educativo, sexo y etapa de desarrollo.</p>	<p><b>Tipo de investigación</b> Correlacional, de cohorte retrospectivo</p> <p><b>Diseño de investigación</b> No experimental</p> <p><b>Población</b> - Hogares Peruanos</p> <p><b>Muestra</b> - 13 019 registros de ciudadanos peruanos encuestados.</p> <p><b>Muestreo</b> - Probabilístico, de tipo equilibrado, estratificado e independiente.</p> <p><b>Variables</b> - Acceso a atención en salud mental - Características Comunitarias - Características Individuales - Depresión</p> <p><b>Técnica de recolección</b> - Encuesta Instrumentos - Encuesta Nacional Demográfica y de salud Familiar – ENDES (incluye PHQ-9)</p>

---

desarrollo en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021.

5) Estimar la prevalencia del acceso a atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 por región, lugar y área de residencia.

6) Estimar la prevalencia del acceso a atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 por nivel socioeconómico, sexo, etapa de desarrollo y nivel educativo

7) Estimar la prevalencia del lugar de atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 por región, lugar y área de residencia.

8) Estimar la prevalencia del lugar de atención en salud mental en adultos de hogares peruanos según la ENDES 2021 por nivel socioeconómico, sexo, etapa de desarrollo y nivel educativo

9) Describir los puntajes de depresión obtenidos por en adultos con sintomatología depresiva de hogares peruanos según la ENDES 2021

10) Describir la población por edad, nivel de desarrollo, acceso a atención salud mental y lugar de atención según la ENDES 2021.

---

**Análisis de datos**

- Frecuencias, porcentajes.
- Prueba de independencia de Chi cuadrado.
- V de Cramer
- Coeficiente de contingencia.

**Aspectos éticos**

- Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú y
- Ley de Protección de Datos Personales