

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PATRONES MOTIVACIONALES QUE DIFICULTAN EL ACCESO A
LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE
LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2012**

TESIS

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADA POR

MIRIAM HERLINDA ODAR ALVARADO

ASESOR

VICTOR ORLANDO CRUZ CAMPOS

LIMA - PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

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

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PATRONES MOTIVACIONALES QUE DIFICULTAN EL ACCESO A LOS
SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO 2012**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:
ODAR ALVARADO, MIRIAM HERLINDA**

**ASESOR:
MÉDICO PSIQUIATRA CRUZ CAMPOS, VÍCTOR ORLANDO**

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: ELSA LILIANA GOMEZ TALAVERA

MIEMBRO: CARMEN ROSA ROZAS PONCE DE LEON

MIEMBRO: ANA MARIA RISCO SUAREZ

DEDICATORIA

A la persona más importante en mi vida, mi madre, Herlinda, quien ha sido artífice de cada logro y de lo que soy ahora, me ha enseñado a mantenerme firme, y continuar en este arduo camino, hasta lograr cada meta propuesta.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por su apoyo en cada momento, y siempre mantenerse a mi lado de manera incondicional.

A mi querida Facultad de Medicina USMP, por brindarme buenos docentes y conocimiento a lo largo de estos años.

Al Dr. Víctor Cruz, por su asesoría en la elaboración de este trabajo de investigación, y sus enseñanzas durante todo el proceso.

Al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", por facilitar la base de datos obtenidos en el estudio realizado el año 2012 en Lima y Callao, para culminar con satisfacción el trabajo.

ÍNDICE

	Págs.
PORTADA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	7
I. MATERIALES Y MÉTODOS	10
II. RESULTADOS	13
III. DISCUSIÓN	20
IV. CONCLUSIONES	24
V. RECOMENDACIONES	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar los patrones motivacionales a nivel poblacional que dificultan el acceso a los servicios de salud mental de los participantes en Lima Metropolitana y el Callao, 2012.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal realizado a partir del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y el Callao 2012 del INSM, específicamente del cuestionario ¿Cuáles son las razones por las que no consultó a un centro de salud para atenderse por este problema de los nervios o de tipo emocional? Usando muestreo probabilístico, estratificado y en multietapas. Para el análisis estadístico, se empleó el programa Stata 14, y Mplus para evaluar el modelo de clases latentes que se ajusta bien a los datos del presente estudio.

Resultados: De 4445 personas de todo el estudio, a 396 se les preguntó sobre el cuestionario, siendo la mayor barrera creer que lo debían superar solo con 50.37%. Asimismo, de acuerdo con los parámetros de BIC, se obtuvo 2 patrones motivacionales que limitan el acceso, siendo prevalente el que percibía sus problemas como algo autolimitado con 79.7%; y según el BIC ajustado se obtuvo 5 patrones, siendo el prevalente el patrón de barreras financieras con 41.9%.

Conclusión: Los patrones que impiden el acceso a los servicios de salud mental están relacionados a una pobre percepción hacia esa clase de trastornos, sumado a un déficit económico que impide un tratamiento oportuno, por lo que es necesario promover más conocimiento sobre la eficacia del tratamiento psiquiátrico y psicológico, así como asegurar un acceso universal a los servicios de salud mental.

Palabras claves: Acceso a los Servicios de Salud Mental; Barrera de Acceso a los Servicios de Salud Mental; Psiquiatría.

ABSTRACT

Objective: To determine the motivational patterns at the population level that hinder access to mental health services for participants in Lima Metropolitan and Callao, 2012.

Materials and methods: Quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional study, based on Epidemiological Study of Mental Health in Lima Metropolitan and Callao 2012 of the National Institute of Mental Health, more specifically from the questionnaire What are the reasons why you did not consult a health center to be treated for this nerve or emotional problem? Using probability, stratified, and multistage sampling. Statistical analysis was performed in Stata 14 and Mplus software to evaluate the latent class model that fits well the data on the present study.

Results: Of 445 participants, only 396 people were asked about the questionnaire on access to mental health services. The greatest barrier was the belief that they had to overcome their problems alone with 50.37%. Likewise, according to the BIC, two motivational patterns limiting access were obtained, the most prevalent with 79.7% of the population perceiving their problems as self-limiting; and according to the adjusted BIC, five patterns were obtained, the most prevalent with 41.9% being the pattern of financial barriers.

Conclusion: The patterns that impede access to mental health services are related to the population's poor perception of mental health disorders and an economic deficit that prevents timely treatment, so it is necessary to promote greater community awareness of the effectiveness of mental therapy, as well as to ensure universal access to mental health services.

Keywords: Accessibility to Mental Health Services; Barrier to Access to Mental Health Services; Psychiatry.

NOMBRE DEL TRABAJO

**PATRONES MOTIVACIONALES QUE DIFI
CULTAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS D
E SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE**

AUTOR

ODAR ALVARADO, MIRIAM HERLINDA

RECuento de palabras

8252 Words

RECuento de caracteres

44399 Characters

RECuento de páginas

37 Pages

Tamaño del archivo

1.7MB

Fecha de entrega

Feb 19, 2024 10:15 AM GMT-5

Fecha del informe

Feb 19, 2024 10:16 AM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

Acceder a los servicios de salud mental puede definirse como la capacidad suficiente de recibir servicios, y responder a las demandas de las personas que lo requieran (1). Sin embargo, existe un limitado acceso, ocasionando que muchos pacientes con trastornos mentales no puedan tener una atención de calidad (2), tan es así que solo un 24,3% ha logrado atenderse en los diferentes servicios de salud mental en Lima (3). Por tal motivo, el estudio tiene como objetivo determinar los patrones motivacionales a nivel poblacional que dificultan la disponibilidad a los servicios de salud mental de los participantes del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y el Callao del año 2012.

El trabajo es importante porque existe una gran incidencia de las enfermedades neuropsiquiátricas, las cuales son la principal carga global de enfermedad en nuestro país, donde los trastornos por consumo de alcohol y depresión ocupan el tercer y el quinto lugar respectivamente (4). A raíz de esto, se ha venido aplicando una reforma de salud mental que otorga mayor relevancia a los centros de atención primaria y centros de salud mental comunitaria. Sin embargo, eso no garantiza que la población acuda en busca de ayuda, debido al estigma que aún persiste hacia los trastornos de salud mental (5). Asimismo, existen escasos trabajos de investigación acerca de las limitaciones o barreras de acceso a los servicios de salud mental. Por lo tanto, resulta vital estudiar las características motivacionales a nivel poblacional que limitan el uso de los servicios de salud mental.

Orozco y col., en 2022 realizaron un estudio en seis regiones de América con el objetivo de conocer las barreras que existen en Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y Estados Unidos que impiden a la población con algún trastorno mental buscar un tratamiento adecuado, en el cual, de los 4648 encuestados, un 43% no accedió porque no vieron la necesidad de algún tipo de tratamiento, 27% no accedió por barreras estructurales, y el 95% por barreras actitudinales (6).

González y col., en 2016 usando un diseño de tipo descriptivo de corte transversal con la población de Colombia de 18 a 44 años, encontraron que sólo el 37,5% solicita recibir atención, de los cuales el 94% llegan a acceder a los servicios de salud mental. Asimismo, del 62,5% que no consultó, fue debido a que creyó que

no era necesario consultarlo (47,3%), por descuido (23,6%), e incluso no querer ir a estos servicios (15,6%) (2).

Asimismo, Campos-Arias y col., en 2014 realizaron una revisión sistemática de diferentes estudios sobre la perspectiva de la población sobre la salud mental, en el cual se encontró que el estigma sigue siendo una barrera que limita el acceso a tales servicios, generando una menor demanda en la atención, y por ende una menor oferta por parte del sistema de salud mental (7).

Vanheusden y col., en el año 2008 en Noruega, desarrollaron un estudio usando el análisis de clases latente, con el objetivo de conocer las barreras que presentan los adultos jóvenes en cuanto a la búsqueda de servicios de salud mental, en el cual encontraron 2 clases que se ajustaban a su población, lo que reveló que el 36.7% de la población percibía sus problemas como algo autolimitado, y el 23.6% consideraba la ayuda como algo negativo (8).

Vicente y col., en 2005 publicaron un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con 2987 participantes, en el que se encontró que más del 44% hicieron uso de algún servicio de salud, de los cuales solo el 17,7% recibieron los servicios de salud mental, y las razones por las cuales los demás pacientes no accedieron fueron, entre otras, de tipo económico, geográfico, además del poco conocimiento acerca de la presencia de los servicios de salud mental en sus centros médicos, y el estigma que se tiene sobre el uso de dichos servicios (9).

Saldivia y col., en 2004 en la ciudad de Chile publicaron un trabajo de investigación titulado "Use of Mental Health Services in Chile" basado en el Estudio de Prevalencia Psiquiátrica de Chile de los años 1992-1995, con el objetivo de conocer las barreras que existen en el uso de los servicios de salud mental, encontrando que el 62% no recibió tratamiento oportuno por barreras indirectas como el estigma, percibir el problema como autolimitado y el nivel socioeconómico bajo, influyeron en gran magnitud el uso de este tipo de servicios (10).

Otro estudio de Piazza y col., en 2005 de tipo transversal, probabilístico, por multi etapas y estratificado con 1801 participantes entre 18 a 65 años, de diseño similar a nuestro trabajo de investigación y basándose en la data de la Encuesta Mundial de Salud Mental en el Perú de los años 2004 y 2005, se encontró que 19,1% de

personas con trastornos mentales recibió atención durante los 12 últimos meses, y de ese grupo solo un 9,7% de estas tuvo un tratamiento adecuado (11).

Por último, Tabarné en 2016 en un estudio de tipo observacional, analítico de corte transversal con 140 participantes, obtuvo que un 69,3% de los pacientes con depresión acceden a los servicios pasados los 6 meses del inicio de sus síntomas; un 88,7% de los pacientes tomaron yerbas o preparados porque pensaron que los sanaría. Asimismo, un 94,8% no asistió a los servicios de salud mental por prejuicio sobre los psiquiatras; un 86,7% por influencia de la familia; un 75,7% por mala relación médico paciente y 92,8% por desconocimiento de la enfermedad (12).

Para realizar el presente estudio, utilizaremos la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y el Callao del 2012 del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (EESMLM-2012), por lo que nuestra población de estudio son personas mayores de 18 años, residentes en Lima Metropolitana y Callao en el año 2012. Para tal año, según el INEI, casi un 30% de toda la población peruana se encontraba en Lima (13), siendo así la ciudad más poblada de nuestro país, existiendo de forma mayoritaria una población femenina, representando el 31.6% del total. (14).

Para este se usó la data del cuestionario acerca de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en el Perú, el cual consta de 25 preguntas y tiene como título ¿Cuáles son las razones por las que no consultó a un centro de salud para atenderse por este problema de los nervios o de tipo emocional? De esa forma, se abordaron las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud mental. Asimismo, se hizo uso de un muestreo probabilístico, estratificado y en multietapas.

Es así como se ha decidido plantear la siguiente interrogante ¿Cuáles fueron los patrones motivacionales a nivel poblacional que dificultaron el acceso a los servicios de salud mental en Lima Metropolitana y el Callao en el 2012? De esta manera, se descubren los motivos principales que impiden a los pacientes acceder a los servicios de salud mental y recibir el tratamiento correspondiente.

I. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal, y se basó en el EESMLM-2012, que se realizó en todo el territorio urbano de Lima Metropolitana y el Callao. Fue dividido en territorios de conglomerados y viviendas.

La población de estudio fue el grupo de personas mayores de 18 años residentes en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2012, a excepción de la población que reside en Punta Negra, Pucusana, Punta Hermosa, Santa María del Mar y San Bartolo, debido a un escaso número de moradores, obteniendo una población de estudio del 99,6% del total de residentes de Lima Metropolitana y el Callao.

El tamaño de muestra calculado por los investigadores del INSM, consideró la población como infinita y usaron la siguiente fórmula:

$$n_0 = \left(\frac{z}{e}\right)^2 \left(\frac{1-p}{p}\right) \left(\frac{deff}{hv(1-tr)}\right)$$

Donde:

- n: Número de viviendas
- z: Intervalo de confianza al 95% (z=1.96)
- e= Error relativo, en el cual se ha considerado 9%, que lo esperado dando un margen de error de +/- 1.35 puntos
- p: parámetro de referencia, prevalencia de los trastornos psiquiátricos, 15% en el estudio
- deff: efecto de diseño, considerado 1.8
- hv: persona del grupo objetivo por vivienda, 0.95 valor en el estudio obtenido de los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y el Callao 2002.
- tr: tasa de no respuesta esperada, valor dado por el estudio de 15%

Con esa fórmula se obtuvo un tamaño muestral general de 5990, la cual se ajustó a 5933 vivienda. Sin embargo, por una falta de respuesta se llegó a estudiar solo 5340 viviendas, obteniéndose una participación total del 86,4%. Sin embargo, para el presente se preguntó a un total de 396 participantes de 4445, ya que estas

personas, en los últimos 12 meses, afirmaron haber tenido algún problema de salud mental, siendo así la tasa de participación final del 8.9%.

Además, el muestreo usado en el estudio en el que se basa la investigación fue de tipo probabilístico, estratificado y en multietapas, empleando los siguientes criterios:

Inclusión

- Personas mayores de 18 años sin problemas para comunicarse.
- Personas adultas de 60 años sin ningún problema de comunicación.

Exclusión

- Personas con problemas que impidan la comunicación fluida.

Eliminación

- Participantes con datos incompletos en las variables de estudio.

Asimismo, el estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la USMP, y por el INSM. Además, al basarse en data del EESMLM-2012; no existe riesgo de atentar contra los derechos de los participantes, protegiendo así la confidencialidad de la información obtenida. Adicionalmente, todos firmaron un consentimiento informado, aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del INSM, garantizando su participación voluntaria. Teniendo así como variables independientes al estigma, barreras personales, barreras socioculturales, barreras administrativas, barreras financieras, barreras geográficas, relación médico paciente y acceso a seguro de salud, y como variables moderadoras a la edad y el sexo.

Por esta razón, una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres se envió el protocolo de investigación al director de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, y al director del INSM "HD-HN", solicitando el acceso a la data del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y el Callao 2012, conteniendo nuestras variables de interés y guardando una copia de seguridad para evitar pérdidas de la información.

La data solicitada fue principalmente la del cuestionario, que tiene como título ¿Cuáles son las razones por las que no consultó a un centro de salud para atenderse por este problema de los nervios o de tipo emocional? El cuestionario consta de 25 preguntas, que abordan las diferentes limitaciones que afectan el acceso a los servicios de salud mental.

Las preguntas del instrumento de recolección de datos fueron planteadas mediante una lluvia de ideas por el equipo de investigadores del INSM, y sobre la base de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de 1998 (15), y del cuestionario sobre prejuicios hacia los problemas emocionales del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima y la selva peruana del 2004 (16).

Sucesivamente, en el análisis exploratorio de datos, la información obtenida se almacenó en el programa Stata 14, donde se realizó el análisis exploratorio de los datos buscando datos atípicos o faltantes. Posteriormente, se hizo el análisis descriptivo por medio de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medianas para los datos cuantitativos con su desviación estándar.

Finalmente, utilizamos el análisis de clases latentes del software Mplus para estimar la probabilidad de endosar cada una de las motivaciones personales que dificultan el acceso a los servicios de salud mental, en vista que pertenecen a un determinado patrón poblacional de motivaciones, y al final nos quedamos con el número de patrones que aumenten la calidad del análisis de clases latentes.

Este análisis estadístico se realizó teniendo en cuenta la distribución de los datos, para un nivel de significancia del 5%, y un intervalo de confianza del 95%, a través de los programas Stata 14 y Mplus.

II. RESULTADOS

Se analizaron un total de 4445 personas mayores de 18 años que cumplieron con los criterios de inclusión y respondieron la encuesta del EESMLM-2012 con la que se trabajó, de los cuales la media de edad fue de 42.56 ± 0.38 años, predominando el sexo femenino con 2548 (51.99%), y la población adulta entre 27 a 59 años con un 57.9% (n=2710) (Tabla 1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la población de estudio del EESMLM-2012

Características	N	%	IC 95%
Edad (media \pm DS)	42.56 \pm 0.38		41.81-43.32
Edad (años)			
18-26	916	22.96	21.28-24.74
27-59	2710	57.9	56.06-59.72
>60	819	19.14	17.58-20.80
Sexo			
Masculino	1897	48.01	45.77-50.26
Femenino	2548	51.99	49.74-54.23

De las 4445 personas encuestadas, solo 396 de ellos tuvieron problemas de salud mental en el último año, a quienes se le sometió al cuestionario de acceso a los servicios de salud mental. Las motivaciones incluyen a las de estigma, con 59 personas (14.29%), es decir, quienes tenían vergüenza de asistir a algún servicio mental de salud.

Asimismo, en las barreras personales, 208 personas (50.37%) creían que lo debían superar solos. En caso de las barreras socioculturales, 34 personas (8.29%) preferían remedios caseros; en las barreras financieras 126 personas (30.19%) no tenían dinero; en las barreras administrativas 44 personas (10.47%) respondió que la lista de espera era muy larga para poder atenderse. En las barreras geográficas, en el caso de 29 personas (7.65%) no tenían un servicio de salud mental cercano. En cuanto a la relación médico-paciente 29 personas (6.64%) tuvieron una experiencia de mala atención anterior y, por último, 30 personas (7.42%) tenían un seguro médico que no cubría enfermedades mentales (Tabla 2).

Tabla 2. Características motivacionales que dificultaron el acceso a los servicios de salud mental de la población de estudio del EESMLM-2012

Características	N=396	%	IC 95%
Estigma			
Vergüenza	59	14.29	10.66-18.90
Su pareja criticaría o no le gustaría	16	5.58	3.31-9.27
Su pareja se burlaría de usted	9	2.70	1.38-5.20
Su pareja le prohibiría	5	1.53	0.61-3.77
Sus vecinos hablarían mal de usted	33	7.58	5.23-10.86
Por miedo a que lo vieran como enfermo mental	37	8.06	5.60-11.46
Barreras personales			
No sabía dónde acudir	98	26.54	21.49-32.28
Tenía dinero, pero pretendía gastarlo en otras cosas	34	9.33	6.29-13.63
Falta de confianza	121	30.31	25.41-35.71
Dudaba si su problema fuese tratado por médicos	62	15.63	11.78-20.46
Creía que no le ayudaría	74	16.75	13.05-21.23
Pensaba que lo debía superar solo	208	50.37	44.24-56.50
Por falta de tiempo	139	33.12	27.90-38.78
No lo consideraba serio, grave o muy importante	115	31.33	25.80-37.444
Barreras socioculturales			
Prefería remedios caseros	34	8.29	5.55-12.21
Prefería tratamiento con naturista	20	5.15	3.06-8.54
Prefería tratamiento con curandero o brujo	5	1.39	0.54-3.53
Barreras financieras			
No tenía dinero	126	30.19	25.14-35.78
Su pareja no le ayudaría económicamente	9	3.32	1.60-6.76
Barreras administrativas			
La lista de espera demasiado larga	44	10.47	7.12-15.15
Barreras geográficas			
No había servicio de salud mental cerca	29	7.65	4.98-11.56
No hay centro de salud cercano	19	4.45	2.71-7.21
Relación médico – paciente			
Experiencia de mala atención anterior	29	6.64	4.29-10.13
Acceso a seguro de salud			
Seguro médico no le cubría	30	7.42	4.99-10.88

La tabla 3 muestra que existen dos modelos que se ajustan a nuestros datos, el de 5 clases latentes, teniendo en cuenta el BIC ajustado de acuerdo con el tamaño de la muestra; así como el modelo con 2 clases latentes, que, según el BIC, también se ajusta a los datos del presente estudio, debido que ambos

parámetros tienen mayor poder estadístico para muestras grandes ($n \geq 200$) como el nuestro (17).

Tabla 3. Análisis de Clases latentes: Modelo ajustado

Criterios de información	Número de clases					
	1	2	3	4	5	6
Número de parámetros	24	49	74	99	124	149
Akaike (AIC)	6468.607	5738.757	5657.389	5615.962	5568.169	5554.693
Bayesian (BIC)	6564.161	5933.846	5952.014	6010.122	6061.864	6147.924
Sample-size adjusted BIC	6488.009	5778.368	5717.210	5695.993	5668.410	5675.144

La tabla 4 muestra dos patrones motivacionales, que también se ajustan a nivel poblacional, según BIC. El patrón sobre los que perciben sus problemas como autolimitados fue el más prevalente, con un 79.7% de la población. Los principales ítems que se endosan con este patrón son creer que lo debe superar solo (probabilidad condicional = 0.420), la falta de tiempo (probabilidad condicional = 0.281) y sentir que no era serio o grave lo que sentía (probabilidad condicional = 0.306).

Asimismo, el otro patrón que presenta el 20.3% de la población son las barreras personales y financieras, siendo los ítems con mayor probabilidad de endosarse, en vista que pertenecen a este patrón, no saber a dónde ir (probabilidad condicional = 0.539), no tener dinero (probabilidad condicional = 0.522), la falta de confianza (probabilidad condicional = 0.763), dudar que su problema fuese tratado por un médico (probabilidad condicional = 0.606), pensar que no le ayudaría (probabilidad condicional = 0.655), creer que lo va a superar solo (probabilidad condicional = 0.832) y la falta de tiempo (probabilidad condicional = 0.526).

Tabla 4. Análisis de Clases latentes con 2 clases: Probabilidades de endosar los diferentes tipos de barreras dado que pertenecen a una determinada clase

Resumen de clases	Nombre de la clase	
	Barreras personales y financieras	Perciben sus problemas como autolimitados
Prevalencia de clase %	20.3%	79.7%
1. No sabía dónde acudir	0.539	0.196
2. No tenía dinero	0.522	0.246
3. Tenía dinero, pero pretendía gastarlo en otras cosas	0.288	0.044

4. Seguro médico no le cubría	0.309	0.027
5. Lista de espera demasiado larga	0.330	0.052
6. No existía servicio de salud mental cercano	0.256	0.032
7. Falta de confianza	0.763	0.188
8. Dudaba si su problema fuese tratado por médicos	0.606	0.042
9. Creía que no le ayudaría	0.655	0.043
10. Pensaba que lo debía superar solo	0.832	0.420
11. Prefería remedios caseros	0.338	0.019
12. Vergüenza	0.464	0.060
13. Su pareja criticaría o no le gustaría	0.265	0.010
14. Su pareja se burlaría de Ud.	0.150	0.000
15. Su pareja no le ayudaría económicamente	0.147	0.008
16. Su pareja le prohibiría	0.069	0.003
17. Sus vecinos hablarían mal de Ud.	0.307	0.018
18. Por miedo a que lo vieran como enfermo mental	0.315	0.021
19. Experiencia de mala atención anterior	0.308	0.004
20. Por falta de tiempo	0.526	0.281
21. No hay centro de salud cercano	0.163	0.014
22. Prefería tratamiento con naturista	0.241	0.003
23. Prefería tratamiento con brujo o curandero	0.063	0.001
24. No era serio o grave lo que sentía	0.341	0.306

La tabla 5 muestra cinco patrones motivacionales a nivel poblacional, según BIC ajustado. El más prevalente, el patrón de barreras financieras, representando al 41.9% de la población, siendo las principales barreras financieras no tener dinero con una probabilidad de 0.458 de endosar este ítem, dado que pertenece a ese patrón, y la falta de tiempo con una probabilidad de 0.381 de endosar con este ítem.

Sucesivamente, tenemos al patrón de personas que perciben sus problemas como autolimitados, el cual representa el 30.7% de la población total, las características con altas probabilidades que se endosen con ese ítem son creer

que lo debía superar solo al problema (probabilidad condicional = 0.539), y que no era serio o grave lo que sentía con una probabilidad de 0.581.

Asimismo, tenemos al patrón de barreras personales, que representa al 10.3% de la población, las principales características son la falta de confianza con una probabilidad de 0.587 de endosarse al ítem, así como la duda de que su problema fuese tratado por un médico (probabilidad condicional = 0.499), y creer que lo tenía que superar solo con una probabilidad de 0.935 de endosar el ítem a este patrón.

Además, en el 9% de la población total el patrón predominante es el de estigma y percibir su problema como algo autolimitado, en vista que los ítems con mayor probabilidad de endosarse con tal patrón son la falta de confianza (probabilidad condicional = 0.774), pensar que no le ayudaría (probabilidad condicional = 0.682), creer que va a superar solo su enfermedad (probabilidad condicional = 0.814), la vergüenza (probabilidad condicional = 0.708), y creer que sus vecinos hablarían mal de él o ella (probabilidad condicional = 0.677).

Por último, el 8.1% de la población presenta un patrón combinado de barreras financieras y personales, siendo los principales ítems que se endosan con este patrón, no saber a dónde ir (probabilidad condicional = 0.942), no tener dinero (probabilidad condicional = 0.797), el seguro no le cubría (probabilidad condicional = 0.552), la falta de confianza (probabilidad condicional = 0.749), dudar que su problema fuese tratado por un médico (probabilidad condicional = 0.635), pensar que no le ayudaría (probabilidad condicional = 0.661), creer que lo debe superar solo (probabilidad condicional = 0.821) y la falta de tiempo (probabilidad condicional = 0.565).

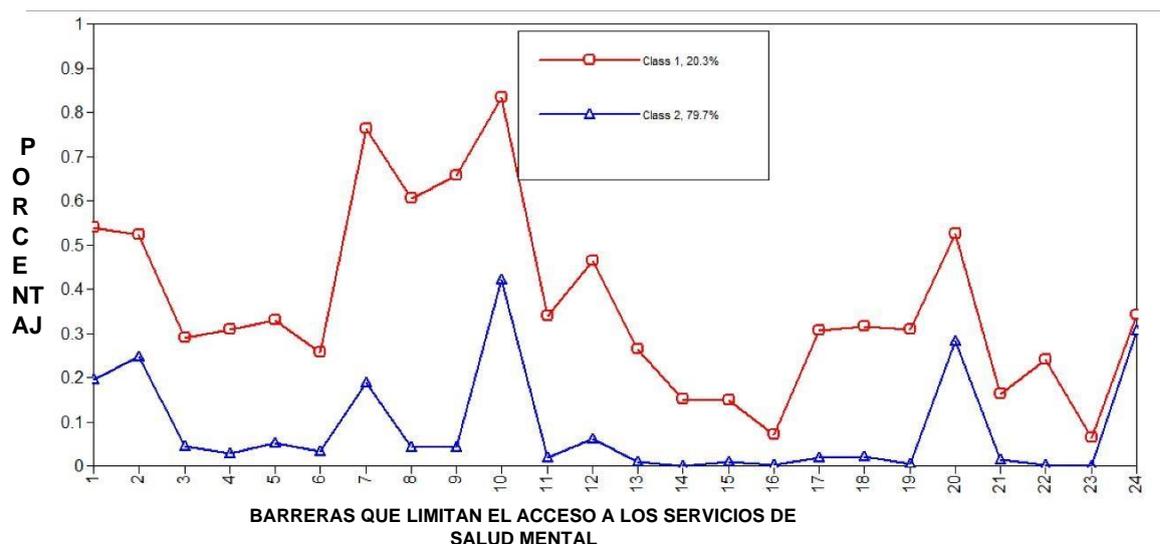
Tabla 5. Análisis de Clases latentes con 5 clases: Probabilidades de endosar los diferentes tipos de barreras dado que pertenecen a una determinada clase

Resumen de clases	Nombre de la clase				
	Estigma y perciben sus problemas como autolimitados	Barreras financieras	Barreras personales	Barreras financieras y personales	Perciben sus problemas como autolimitados
Prevalencia de clase %	9.0	41.9	10.3	8.1	30.7
1. No sabía dónde acudir	0.318	0.370	0.057	0.942	0.000

2. No tenía dinero	0.429	0.458	0.067	0.797	0.000
3. Tenía dinero, pero pretendía gastarlo en otras cosas	0.390	0.043	0.106	0.229	0.035
4. Seguro médico no le cubría	0.235	0.050	0.000	0.552	0.005
5. Lista de espera demasiado larga	0.284	0.066	0.212	0.410	0.000
6. No existía servicio de salud mental cercano	0.120	0.037	0.116	0.478	0.000
7. Falta de confianza	0.774	0.262	0.587	0.749	0.014
8. Dudaba si su problema fuese tratado por médicos	0.525	0.000	0.499	0.635	0.022
9. Creía que no le ayudaría	0.682	0.030	0.392	0.661	0.000
10. Pensaba que lo debía superar solo	0.814	0.245	0.935	0.821	0.539
11. Prefería remedios caseros	0.316	0.000	0.000	0.497	0.048
12. Vergüenza	0.708	0.082	0.047	0.344	0.037
13. Su pareja criticaría o no le gustaría	0.541	0.016	0.053	0.000	0.000
14. Su pareja se burlaría de Ud.	0.338	0.000	0.000	0.000	0.000
15. Su pareja no le ayudaría económicamente	0.330	0.015	0.000	0.000	0.000
16. Su pareja le prohibiría	0.158	0.006	0.000	0.000	0.000
17. Sus vecinos hablarían mal de Ud.	0.677	0.034	0.000	0.000	0.000
18. Por miedo a que lo vieran como enfermo mental	0.587	0.035	0.036	0.116	0.000
19. Experiencia de mala atención anterior	0.318	0.007	0.080	0.322	0.000
20. Por falta de tiempo	0.588	0.381	0.376	0.565	0.113
21. No hay centro de salud cercano	0.141	0.027	0.000	0.254	0.000
22. Prefería tratamiento con naturista	0.225	0.000	0.012	0.346	0.006
23. Prefería tratamiento con brujo o curandero	0.101	0.000	0.045	0.000	0.000
24. No era serio o grave lo que sentía	0.280	0.128	0.198	0.435	0.581

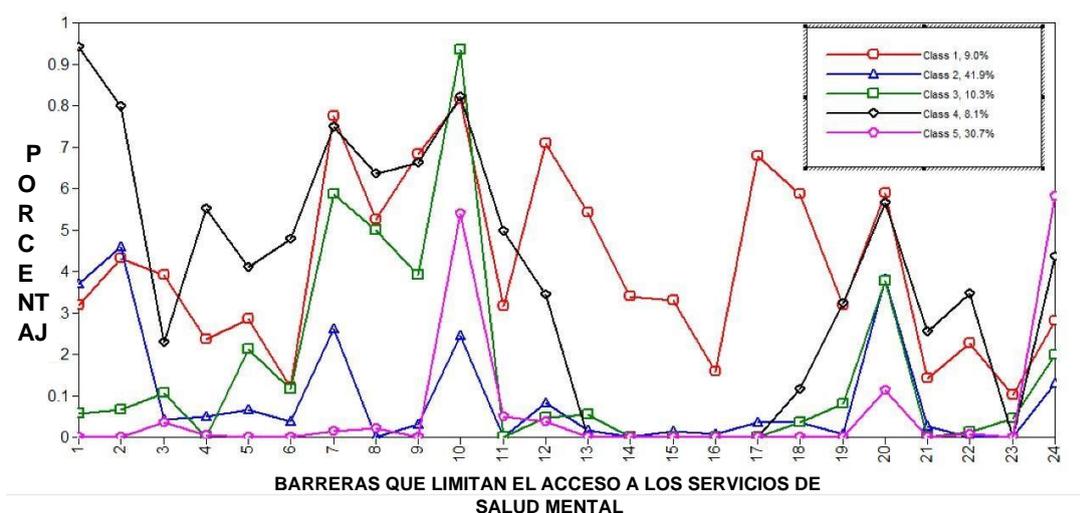
El gráfico 1 muestra de forma gráfica la tabla 4, en el cual se observan las 2 clases o patrones, siendo la clase 2 la población que percibe sus problemas como autolimitados (79.7%) y la clase 1, quienes tienen un patrón de barreras financieras y personales (20.3%). Cabe recalcar que en el gráfico podemos ver mejor que las barreras 10 y 20, son las que tienen mayor probabilidad de limitar el acceso a los servicios de salud mental.

Gráfico 1: Histograma del análisis de clases con 2 clases



El gráfico 2 representa de forma esquemática los datos de la tabla 5, es decir las 5 clases o patrones motivacionales revela que la mayor cantidad de la población, un poco más del 70%, se encuentra ubicadas en las clases 2 (41.9%) y 5 (30.7%). Además, permitió ver de manera clara las diferentes barreras que se endosan a cada uno de los patrones ajustados a la población. Asimismo, cabe mencionar que, en todas las clases, el ítem 10 es el que tiene mayor probabilidad de endosarme mejor a cada patrón.

Gráfico 2: Histograma del análisis de clases latentes con 5 clases



III. DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como objetivo determinar los patrones motivacionales que dificultan el acceso a los servicios de salud mental de los participantes del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y el Callao en el año 2012, obteniendo como resultados que existen dos diferentes formas de definir a la población, una en la cual presenta 2 patrones motivacionales: los que perciben sus problemas como autolimitados que engloba al 79.7% de la población, y las barreras financieras y personales que representa al 20.3%.

Asimismo, la otra forma de definir a la población es en la cual presenta 5 patrones motivacionales, siendo el de mayor prevalencia el referido a barreras financieras que representa al 41.9% de la población, seguido de aquel grupo que minimiza su enfermedad con una prevalencia del 30.7%, así como el de desconfianza y piensa que debe superarlo solo con el 10.3% de la población, el 9% con el estigma y minimizar la enfermedad, y por último con 8.1% de la población con el patrón de barreras financieras, desconfianza y duda que entorpecen el acceso a los servicios de salud mental.

En un estudio en Noruega, Vanheusden y col.; en el año 2008, acerca de las barreras para acceder a los servicios de salud mental, usando el análisis de clases latentes con dos clases reportó que una de las clases prevalentes que caracterizan al 36.7% de su población percibía a los problemas de salud mental como algo autolimitado, es decir que no reconocían el hecho de padecer algún tipo de trastorno mental, o que simplemente lo tomaban como un hecho sin importancia (8). Por el contrario, en nuestro estudio con 2 patrones o clases, según BIC, la prevalencia de ese patrón fue de 79.7%; en cambio en los resultados con 5 patrones, según BIC ajustado, la prevalencia fue de 30.7%.

Como se observa en ambos casos, existe una alta incidencia del patrón de percibir sus problemas como algo autolimitado, lo que puede deberse a las mismas percepciones, creencias y necesidades de los usuarios en cuanto a la aceptación de los servicios (18); y a la idea equivocada que se tiene sobre los trastornos mentales como enfermedades autolimitadas que pueden resolverse por sí solas (10), por lo cual es necesario reeducar a la población acerca cómo se

debe actuar frente a las enfermedades psiquiátricas, la importancia de un buen tratamiento, y los riesgos que puede conllevar el hecho de minimizar sus efectos sobre ellos mismos y su entorno más cercano (6).

En la mayoría de los trabajos de investigación, tanto las barreras financieras como personales se ven como limitaciones independientes y sin relación entre ellas, como en el trabajo de Orozco R, et al., en el año 2022, el cual se realizó en 6 regiones del continente americano incluyendo el Perú, que llegó a concluir que las barreras actitudinales (incluyen barreras personales 87.9%), fueron más prevalentes que las estructurales (incluye barreras financieras con 18.5%) (6), a diferencia de nuestro estudio en el cual se encontró una combinación de barreras personales y financieras, con una prevalencia del 20.3% en el resultado ajustado a 2 patrones según BIC y 8.1% en el de 5 patrones, según BIC ajustado.

Si bien no tiene mucha incidencia, no se puede ignorar la presencia de tal patrón motivacional que impide acceder a los servicios de salud mental. Esto se debe a que ambos se relacionan mutuamente, ya que, al tener miedo, indiferencia o un nivel bajo de conocimiento en salud mental, la población no estaría dispuesta a realizar un gasto, como lo harían en las enfermedades físicas, por lo que es necesario recalcar la necesidad de informar sobre la importancia de la salud mental.

En el estudio se demuestra que el principal patrón motivacional, ajustado a 5 clases o patrones según BIC ajustado, que impide el acceso a los servicios de salud mental, son la serie de barreras financieras con una prevalencia del 41.9% en la población, similar a lo que revela el trabajo de investigación de Piazza y col., en Perú el año 2005, el cual encontró que el principal motivo por el que la población no acudió en busca de ayuda fue por la falta de dinero en un 47% (14).

Esto se debe a que en el año 2012 la mayoría de la población de Lima Metropolitana y Callao pertenecía a los estratos económicos C (bajo superior) y D (bajo inferior), siendo un poco más del 60% (14); sumado a una limitada oferta de servicios que se encuentran centralizados en los institutos públicos especializados de salud mental (5), genera que la misma población tenga que realizar una inversión económica en algún problema de salud mental que presente, algo que

por el mismo nivel económico de la época no podía permitirse, por lo que es necesario un cambio en las políticas de salud pública, las cuales deberían estar centradas en el acceso universal y una mayor oferta tanto de tratamientos psiquiátricos como de servicios de salud mental (6), cambio que se viene realizando de manera paulatina desde el año 2013, en el cual el Seguro Integral de Salud empezó a cubrir de manera financiera las consultas en el servicio de salud mental, la atención ambulatoria y la medicación (5,19).

Además, en el mismo estudio de Vanheusden y col.; muestra un patrón en el cual el 23.6% de su población percibía la ayuda médica como algo negativo, es decir su población tenía una alta estigma a acudir al área de salud mental (8).

Asimismo, en un estudio en Chile, Saldivia et al., encontraron que, en un tercio de su entrevistados (60.8%), el estigma fue una de las principales barreras que impidió el acceso a un tratamiento psiquiátrico (10), en contraste a nuestro trabajo de investigación, donde el patrón de estigma y percepción que su problema era autolimitado, tuvo una prevalencia de tan solo el 9%; lo cual puede deberse a que dentro de las reformas en salud mental en nuestro país desde el 2012 se empezó a usar el modelo de atención comunitaria, que buscaba la hospitalización de pacientes psiquiátricos en hospitales generales, tratando así de reducir el estigma por el uso de hospitales psiquiátricos (5).

Adicionalmente, en el trabajo de Orozco R, et al., se concluyó que las barreras actitudinales, incluyendo barreras personales tuvieron una prevalencia del 87.9% en su población de estudio (6). A diferencia de nuestro trabajo, que mostró una prevalencia del 10.3% en esta misma barrera (5 patrones según BIC ajustado), debido a que se ha tomado en cuenta otras barreras personales, sin considerar lo de percibir el problema como algo autolimitado, que es uno de los patrones principales de nuestro estudio. Por lo tanto, podemos ver, que, si bien su prevalencia no es grande, aún sigue representando un buen porcentaje de la población que presenta ciertas actitudes, creencias y experiencias previas negativas que impiden que puedan acceder a los servicios de salud mental, lo cual está en relación con la época en la cual fueron tomados los datos, tiempo en el cual recién se estaban adaptando los servicios al modelo comunitario, y junto a ello se estaba empezando a dar mayor importancia a la salud mental (5, 18).

Por último, en el estudio se ha tomado en cuenta ajustar las clases según los patrones de BIC y BIC ajustado, siendo ambos los de mayor precisión estadística para poder estimar el número de clases para una respectiva población. El parámetro BIC tiene un buen desempeño independiente del tamaño de muestra, a diferencia del BIC ajustado que es mejor en tamaños de muestra $n \geq 200$, y que si este va en aumento constante se pueden sobrestimar el número de clases, por lo que BIC es el mejor criterio de información que puede usarse (17). Sin embargo, Tein J, en su trabajo de investigación, refiere que tanto BIC, como BIC ajustado, tiene el mismo poder estadístico en diferentes circunstancias como el número de ítems y tamaño de muestra, por lo que puede hacerse uso de ambos parámetros (20).

Como limitaciones del presente estudio, tenemos que al ser de data secundaria solo nos limitamos a evaluar los motivos que impiden el acceso a los servicios de salud mental considerados los mismos investigadores del INSN "HD-HN" en el EESMLM-2012 en el cual nos basamos para la investigación. Asimismo, al ser data antigua, desde hace casi 10 años, es posible que algunas características cambien, por los cambios en el contexto político, social y económico que ocurren año tras año. Sin embargo, esto no deja sin relevancia a nuestro trabajo de investigación, ya que la cantidad de estudios en el Perú son escasos.

Adicionalmente, al ser un estudio de corte transversal respecto a eventos pasados no está libre del sesgo de memoria; y no nos permite establecer una relación causa-efecto entre las diferentes variables y el acceso a los servicios de salud mental. Por último, existe dificultad en comparar sus resultados con otros trabajos, debido a la falta de estandarización en cuanto a los ítems de barreras que limitan el acceso a los servicios de salud mental. No obstante, la mayoría de los investigadores se refieren a estas como lo hemos hecho a lo largo de la investigación.

Por lo tanto, podemos concluir que percibir los problemas como algo autolimitado y las barreras financieras son las barreras prevalentes en la población de Lima Metropolitana y Callao.

IV. CONCLUSIONES

- En la investigación hemos determinado la presencia de dos diferentes patrones motivacionales que dificultan el acceso a los servicios de salud mental en Lima Metropolitana y Callao.
- Uno de ellos cuenta con 2 patrones motivacionales ajustado según BIC, en el cual el de mayor prevalencia es percibir el problema como algo autolimitado (79.7%), seguido del patrón de barreras financieras y personales (20.3%).
- El otro con 5 patrones motivacionales ajustado según el BIC ajustado, donde el patrón prevalente son las barreras financieras (41.9%), seguido del grupo que percibe sus problemas como algo autolimitado (30.7%), barreras personales (10.3%), estigma y quienes definen sus problemas como autolimitados (9%), y barreras financieras con personales (8.1%).
- Dentro de las características demográficas el sexo femenino fue prevalente, al igual que la población adulta de 27 a 59 años, lo cual corresponde al contexto demográfico del año en el que se realizó la encuesta, viéndose en la estadística poblacional.
- En el modelo de cinco clases latentes, los patrones de barreras que predominaron en la población fueron las financieras, y percibir sus problemas de salud mental como autolimitados, endosando esos patrones al 41.9% y el 30.7% de la población respectivamente.
- En el modelo de 2 clases latentes, el patrón de barrera que predominó fue de aquellos que perciben sus problemas de salud mental como autolimitados, endosando por el 79.7% de la población.
- El presente estudio se realizó en el año 2012, un año antes para que se establezca el SIS para salud mental, y tres años antes que se establezcan los primeros centros de salud mental comunitario en el país, por lo que es coherente con nuestros hallazgos, en el sentido que las barreras financieras conformaron el patrón, mayormente endosando por la población de Lima Metropolitana y el Callao.

V. RECOMENDACIONES

- El acceso oportuno a los servicios de salud mental podría aumentar al enfocarse en promover la psicoeducación en la comunidad, mediante campañas informativas acerca de lo importante que es prevenir y diagnosticar tempranamente los trastornos de salud mental, las implicancias y consecuencias de aquellos no tratados oportunamente, promoviendo a la par los servicios y tratamientos que se ofrecen en nuestro sistema de salud.
- Es necesario también continuar con la reforma en salud mental en el Perú por parte del estado, fortaleciendo el primer nivel de atención con servicios o programas de salud mental para los centros de atención primaria I-1 y I-2, que son los que están al servicio de la población menesterosa.
- Es importante además garantizar el acceso universal a los servicios de salud mental en todo el país, para corregir la barrera financiera experimentada por el 42% de la población, que no puede acceder por no contar con los medios económicos suficientes para cubrir dichos servicios.
- Se sugiere realizar una regresión de clases latentes para buscar factores asociados a los diferentes patrones motivacionales que impiden el acceso a los servicios de salud mental.
- Asimismo, se sugiere tomar en cuenta las respuestas o datos de la población del país tanto de la zona urbana como rural, que pueden aparecer nuevos patrones por el cambio del contexto social, cultural, económico y a la menor oferta de servicios de salud mental existentes en el interior del país, debido a la centralización de los servicios en la capital.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 21 marzo de 2021]; 20: S190-8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?format=pdf&lang=pt>
2. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez Restrepo C, Vega Landaeta AP. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia [Internet]. 2016 [citado 21 marzo de 2021]; 45(S1):89-95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-factores-que-determinan-el-acceso-S0034745016301172>
3. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Iquitos 2004. Informe General. Anales de Salud Mental [Internet]. 2018 [citado 21 de marzo de 2021]; 24(2):32. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2004-ASM-EESM-I/files/res/downloads/book.pdf>
4. Velásquez A. La carga de enfermedad Y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2009 [citado 25 de marzo de 2021]; 26(2):222-231. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>
5. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. Int J Health Policy Manag [Internet]. 2017 [citado 25 de marzo de 2021];6(9):501-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582436/pdf/ijhpm-6-501.pdf>
6. Orozco R, Vigo D, Benjet C, et al. Barriers to treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental

- Health Surveys [Internet]. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2022]; 303 (15): 273-285. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272200180X>
7. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2014 [citado 3 de abril de 2021];43(3):162-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745014000572>
 8. Vanheusden K, Mulder C, et al. Young adults face major barriers to seeking help from mental health services [Internet]. 2008 [citado 11 de noviembre de 2022]; 73(1): 97-104. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399108002231?via%3Dihub>
 9. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 3 de abril de 2021];18(4-5):263-70. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/263-270/es/>
 10. Saldivia, D, Vicente, B, Kohn R, et al. Use of mental health services in Chile. Psychiatr. Serv [Internet]. 2004 [citado el 11 de noviembre de 2022]; 55 (2004), pp. 71-76. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.55.1.71>
 11. Piazza M, Fiestas F. Estudio transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú. Salud Ment [Internet]. 2015 [citado 3 de abril de 2021];38(5):337-345. Disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2015.046
 12. Tabarné Chinchay D. Factores asociados a la demora en el acceso para atención especializada de pacientes depresivos en el Hospital Hermilio

- Valdizan, enero - junio 2015 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/472>
13. INEI. Estado de la Población Peruana 2012 [Internet] 2012 [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1032/libro.pdf
14. Compañía peruana de estudios de mercados y opinión pública S.A.C. Perú: Población 2012 [Internet] 2012 [citado 19 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/26/mr201207-01.pdf>
15. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012 [Internet]. 2013 [citado 15 de mayo de 2021]; 29(1). Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
16. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana [Internet]. 2009 [citado 14 de mayo de 2021];25(1):29. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-CVCEESMLSP/files/res/downloads/book.pdf>
17. Nylund K, Asparouhov T, Muthén B. Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study [Internet] Structural Equation Modeling; 2007 [citado 29 de octubre de 2022]; 14(4):559. Disponible en: https://www.statmodel.com/download/LCA_tech11_nylund_v83.pdf

18. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Hudson M, Gibson B, Hughes D, Beech R, et al. What does «access to health care» mean? *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2002 [citado 4 de abril de 2021];7(3):186-8. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902760082517>

19. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2019 [consultado 4 de abril de 2021];36(2):326. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/4624/3332>

20. Tein J, Coxe S, Cham H. Statistical Power to Detect the Correct Number of Classes in Latent Profile Analysis. *Struct Equ Modeling* [Internet]. 2013 [citado el 12 de noviembre de 2022]; 20 (4): 640-657. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3904803/>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de variables

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Tipo por su relación	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Estigma	Idea negativa que se le da a la salud mental	Cualitativa	Independiente	Cuestionario usado por INSM "HD-HN"	Nominal	Respuesta afirmativa (sí), negativa (no) o no corresponde a ninguna de las anteriores (NA)	Sí=1 No=0 NA=3	EESMLM-2012
Barreras personales	Percepciones de cada persona	Cualitativa	Independiente	Cuestionario usado por INSM "HD-HN"	Nominal	Respuesta afirmativa (sí), negativa (no) o no corresponde a ninguna de las anteriores (NA)	Sí=1 No=0 NA=3	EESMLM-2012
Barreras socioculturales	Creencias, costumbres y cultura de los pacientes	Cualitativa	Independiente	Cuestionario usado por INSM "HD-HN"	Nominal	Respuesta afirmativa (sí), negativa (no) o no corresponde a ninguna de las anteriores (NA)	Sí=1 No=0 NA=3	EESMLM-2012
Barreras administrativas	Dificultades que presenta sistema de salud para acceder a este	Cualitativa	Independiente	Cuestionario usado por INSM "HD-HN"	Nominal	Respuesta afirmativa (sí), negativa (no) o no corresponde a ninguna de las anteriores (NA)	Sí=1 No=0 NA=3	EESMLM-2012

Barreras financieras	Inversión que hace el paciente por los servicios de salud mental	Cualitativa	Independiente	Cuestionario usado por INSM "HD-HN"	Nominal	Respuesta afirmativa (sí), negativa (no) o no corresponde a ninguna de las anteriores (NA)	Sí=1 No=0 NA=3	EESMLM-2012
Barreras geográficas	Distancia entre el usuario y el centro de salud mental	Cualitativa	Independiente	Cuestionario usado por INSM "HD-HN"	Nominal	Respuesta afirmativa (sí), negativa (no) o no corresponde a ninguna de las anteriores (NA)	Sí=1 No=0 NA=3	EESMLM-2012
Relación médico-paciente	Relación de confianza y objetiva del paciente y médico	Cualitativa	Independiente	Cuestionario usado por INSM "HD-HN"	Nominal	Respuesta afirmativa (sí), negativa (no) o no corresponde a ninguna de las anteriores (NA)	Sí=1 No=0 NA=3	EESMLM-2012
Acceso a seguro de salud	Acceso a la cobertura de los servicios de salud	Cualitativa	Independiente	Cuestionario usado por INSM "HD-HN"	Nominal	Respuesta afirmativa (sí), negativa (no) o no corresponde a ninguna de las anteriores (NA)	Sí=1 No=0 NA=3	EESMLM-2012
Edad	Tiempo de vida desde su nacimiento	Cuantitativa	Moderador	Años	De razón	18 años a más	Adulto joven 18 a 26 años Adulto 27-59 años Adulto mayor de 60 años a más	EESMLM-2012

Sexo	Características que diferencian al hombre y la mujer	Cualitativa	Moderador	Hombre y mujer	Nominal	Masculino		EESMLM-2012
						Femenino		

Anexo 2: Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Tipo de diseño	Diseño muestral	Recolección de datos
Patrones motivacionales que dificultan el acceso a los servicios de salud mental en la población de Lima Metropolitana y Callao 2012.	¿Cuáles son los patrones motivacionales a nivel poblacional que dificultan el acceso a los servicios de salud mental en Lima Metropolitana y el Callao, 2012?	<p>Objetivo general Determinar los patrones motivacionales a nivel poblacional que dificultan el acceso a los servicios de salud mental en Lima Metropolitana y el Callao, 2012.</p>	El presente estudio el será de tipo descriptivo por lo que no planteamos ninguna hipótesis.	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma • Barreras personales • Barreras socioculturales • Barreras financieras • Barreras administrativas • Barreras geográficas • Relación médico-paciente • Acceso a seguro de salud • Edad • Sexo 	Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal.	<p>Población de estudio: Obtenida a partir del Estudio Epidemiológico de Salud mental del Lima Metropolitana y el Callao 2012, siendo estas personas mayores de 18 años residentes en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2012.</p>	<p>Fuente de obtención de datos: Estudio Epidemiológico de Salud mental del Lima Metropolitana y el Callao 2012 del del INSM "HD-HN"</p>
		<p>Objetivos específicos</p> <p>1 Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.</p> <p>2 Identificar las características a nivel poblacional que dificultan el acceso a los servicios de salud mental.</p> <p>3 Identificar las diferentes combinaciones de variables que</p>				<p>Tamaño muestral: Obtenido a partir del Estudio Epidemiológico de Salud mental del Lima Metropolitana y el Callao 2012, un total de 5340 participantes</p>	<p>Tipo de instrumento de recolección: Data del Estudio Epidemiológico de Salud mental del Lima Metropolitana y el Callao 2012 específicamente sobre el cuestionario sobre las razones que impiden el acceso a los servicios de</p>

		dificultan el acceso a los servicios de salud a nivel poblacional en Lima Metropolitana y el Callao, 2012.					salud mental.
--	--	--	--	--	--	--	---------------

Autor: Miriam Herlinda Odar Alvarado

Asesor: Dr. Víctor Orlando Cruz Campos

Anexo 3: Instrumento de recolección de datos

Encuesta acerca de acceso a los servicios de salud mental

Fase 0.66

19. ¿CUALES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO CONSULTO(A) A UN CENTRO DE SALUD PARA ATENDERSE POR ESTE PROBLEMA CON LOS NERVIOS O DE TIPO EMOCIONAL?

	SI	NO	NA
a. No sabía a dónde ir?	1	0	3
b. No tenía dinero?	1	0	3
c. Tenía el dinero pero prefería gastarlo en otra cosa?	1	0	3
d. El seguro médico no le cubría?	1	0	3
e. La lista de espera era muy larga?	1	0	3
f. No existía servicio de salud mental cercano o especialistas?	1	0	3
g. Falta de confianza?	1	0	3
h. Dudaba que su problema pudiera ser tratado por los médicos o doctores?	1	0	3
i. Pensaba que no le ayudaría?	1	0	3
j. Creía que lo debía superar solo(a)?	1	0	3
k. Prefería remedios caseros?	1	0	3
l. Vergüenza?	1	0	3
m. Su esposo(a) o pareja la(o) criticaría o no le gustaría?	1	0	3
n. Su esposo(a) o pareja se burlaría de usted?	1	0	3
o. Su esposo(a) o pareja no le ayudaría económicamente para la consulta?	1	0	3
p. Su esposo(a) o pareja lo prohibiría?	1	0	3
q. Sus vecinos hablarían mal de usted si se enteraran?	1	0	3
r. Por temor a que lo(a) vieran como enfermo(a) mental?	1	0	3
s. Experiencia de mala atención anterior?	1	0	3
u. Por falta de tiempo?	1	0	3
v. No hay centro de salud cercano?	1	0	3
w. Prefería tratamiento con naturista (no médico) o yerbero?	1	0	3

3 de

EESILMYCR .G.06

	SI	NO	NA
x. Prefería tratamiento con curandero o brujo?	1	0	3
y. No era serio, grave o muy importante?	1	0	3
t. Otro?	1	0	3
(Especifique)			

Anexo 4: Consentimiento informado



Consentimiento informado

Institución: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"

Título: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE SALUD INTEGRAL EN LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO – REPLICACION 2012

Propósito del estudio:

Le estamos invitando a participar en un estudio llamado "Estudio Epidemiológico de Salud Integral en Lima Metropolitana y el Callao – Replicación 2012" realizado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" con el auspicio del Ministerio de Salud y cuyo objetivo es identificar aspectos relacionados con la salud y bienestar emocional, calidad de vida, vínculos familiares y sociales, así como algunos aspectos de salud física y hábitos de vida.

Procedimientos:

Se me ha informado que después de un proceso de selección, he sido elegido(a) para participar en este estudio. Si deseo participar se me solicitará responder una encuesta sobre mi salud, experiencias y comportamientos. Esta encuesta tiene una duración variable y dependerá de mi disponibilidad de tiempo para completarla en 1 o más sesiones.

Riesgos:

No se espera ningún riesgo por participar en este estudio.

Beneficios:

No se espera que reciba un beneficio directo por participar, sin embargo, la finalidad de este estudio es delimitar algunos de los problemas más importantes en esta área de la salud y que esta información permita al Estado y otros organismos, desarrollar y planificar programas de promoción y prevención, así como el planeamiento adecuado de recursos materiales y humanos para la solución de problemas que requieran tratamiento y rehabilitación.

Costos e incentivos:

No deberé pagar nada por participar en este estudio. Igualmente, no recibiré ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con un mejor entendimiento en el área de la salud.

Confidencialidad:

La información que brinde será estrictamente confidencial, permanecerá en absoluta reserva y será utilizada sólo con fines estadísticos.

Presentación de informe:

Se me ha hecho conocer que el Instituto presentará el informe respectivo a las autoridades de la Región y a la población en general.

Derechos del participante:

Mi participación en esta encuesta es voluntaria. Si durante la entrevista decidiera interrumpirla o no continuar, podría hacerlo, sin que ello tuviera alguna consecuencia negativa para mi familia o para mí.

Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llame al 01-6149200 anexos 1058 - 1057 (Dres. Javier Saavedra o Vilma Paz) o a los correos electrónicos jsaavedra@inism.gob.pe; zoilapaz11@yahoo.com .

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Etica Institucional del Instituto Nacional de Salud Mental al 01-614-9206 anexo: 1005 o al correo comite_etica@inism.gob.pe

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio y comprendo el procedimiento. También entiendo que puedo decidir no participar. Si decido participar sé que puedo retirarme en cualquier momento.

Encuestador(a)

Encuestado(a)

DNI

DNI

Fecha: