



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a servicios
de salud mental en proyectos sociales 2023

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Calongos Vallejos, Karen Patricia (orcid.org/0000-0002-8119-1229)

ASESORA:

Dra. León Marrou, Maria Elena (orcid.org/0000-0002-5083-296X)

Dra. Cabrera Chaupin, Saba Asuncion (orcid.org/0000-0002-9473-5854)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA :

Apoyo a la reducción de brechas y carencias en la educación en todos sus niveles

LIMA - PERÚ

2023

DEDICATORIA

Este arduo esfuerzo está dedicado a Dios quien me da el aliento de vida.

Al amor de mi vida Joaquín, mi compañero, aliado y complemento perfecto, por su paciencia y amor infinito.

A mis padres, Homero y Flor, por sus oraciones constantes y palabras de ánimo.

A mi amor chiquito, Mirza, hermana, amiga y cómplice de vida

AGRADECIMIENTO

De mi especial consideración a todos beneficiarios de los proyectos sociales en los que he laborado, de donde obtuve la idea para presentar esta investigación. Un agradecimiento especial a mis asesoras María Elena y Saba por sus enseñanzas. A Hugo Manrique, Julissa Oyanguren y colegas por su apoyo. A cada participante de este estudio infinitas gracias.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MARIA ELENA LEÓN MARROU, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a servicios de salud mental en proyectos sociales 2023", cuyo autor es CALONGOS VALLEJOS KAREN PATRICIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 04 de Agosto del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MARIA ELENA LEÓN MARROU DNI: 18165172 ORCID: 0000-0002-5083-296X	Firmado electrónicamente por: MLEON el 11-08- 2023 10:58:48

Código documento Trilce: TRI - 0640317



Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, CALONGOS VALLEJOS KAREN PATRICIA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a servicios de salud mental en proyectos sociales 2023", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
CALONGOS VALLEJOS KAREN PATRICIA DNI: 47660324 ORCID: 0000-0002-8119-1229	Firmado electrónicamente por: KCALONGOSV el 26- 08-2023 10:25:36

Código documento Trilce: INV - 1238804

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR.....	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA.....	25
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	25
3.1.1. Tipo de investigación.....	25
3.1.2. Diseño de investigación.....	25
3.2. Variables y operacionalización.....	26
3.3. Población y muestra.....	28
3.3.1. Población.....	28
3.3.2. Muestra.....	29
3.3.3. Unidad de análisis.....	29
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.5. Procedimientos.....	34
3.6. Método de análisis de datos.....	34
3.7. Aspectos éticos.....	35
IV. RESULTADOS.....	36
V. DISCUSIÓN.....	71
VI. CONCLUSIONES.....	80
VII. RECOMENDACIONES.....	82

VIII. REFERENCIAS.....	83
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Dimensiones del cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental proyectos sociales.	28
Tabla 2: Baremos de niveles de las barreras de acceso a servicios de salud mental en proyectos sociales en beneficiarios de proyectos sociales.	32
Tabla 3: Baremos de niveles de las dimensiones del cuestionario de barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	32
Tabla 4: Validación por jueces expertos de la variable barreras de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	33
Tabla 5: Confiabilidad del Cuestionario de barreras de acceso a la salud mental en proyectos sociales.	34
Tabla 6: Nivel general de las barreras de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	36
Tabla 7: Estadísticos descriptivos de las barreras de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	37
Tabla 8: Frecuencia de las barreras de acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	37
Tabla 9: Nivel de la dimensión barrera geográfica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	39
Tabla 10: Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera geográfica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	39
Tabla 11: Nivel de la dimensión barrera económica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	40
Tabla 12: Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera económica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	40
Tabla 13: Nivel de la dimensión barrera de conocimientos de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	41
Tabla 14: Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera de conocimiento de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	41

Tabla 15: Nivel de la dimensión barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	42
Tabla 16: Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	42
Tabla 17: Nivel de la dimensión barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	43
Tabla 18: Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	44
Tabla 19: Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para la variable barreras de acceso a servicios de la salud mental	45
Tabla 20: Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera geográfica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	45
Tabla 21: Frecuencia de las respuestas de la dimensión barrera geográfica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	46
Tabla 22: Porcentaje de los indicadores de la dimensión barrera geográfica de acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	47
Tabla 23: Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera económica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	48
Tabla 24: Frecuencia de respuestas de la dimensión barrera económica a de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	49
Tabla 25: Frecuencia de la dimensión barrera económica de acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	50
Tabla 26: Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera de conocimiento de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	51
Tabla 27: Frecuencia de las respuestas de la dimensión barrera de conocimiento de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	52
Tabla 28: Frecuencia de la dimensión barrera de conocimiento de acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	53
Tabla 29: Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales	54
Tabla 30: Frecuencia de las respuestas de la dimensión barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	55

Tabla 31: Frecuencia de la dimensión barrera actitudinal para el acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	57
Tabla 32: Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	58
Tabla 33: Frecuencia de las preguntas de la dimensión barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	59
Tabla 34: Frecuencia de la dimensión barrera institucional para el acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frecuencia de respuestas a las preguntas de la dimensión barreras geográficas de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.	46
Gráfico 2: Frecuencia de respuestas a las preguntas de la dimensión barrera económica de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.	49
Gráfico 3: Frecuencia de respuestas a las preguntas de la barrera de conocimiento de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.	52
Gráfico 4: Frecuencia de respuestas a las preguntas de la barrera actitudinal de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.	58
Gráfico 5: Frecuencia de respuestas a las preguntas de la dimensión barrera institucional de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.	59

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue diseñar un protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a servicios de salud mental en proyectos sociales. El método utilizado fue mixto, porque tuvo un enfoque cuantitativo como cualitativo. Para obtener la información cuantitativa se aplicó un cuestionario sobre las barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales. Y la parte cualitativa fue el diseño del protocolo de gestión. La población estuvo constituida por a 45 trabajadores y/o colaboradores de proyectos sociales y la muestra fue la misma por la baja cantidad de participantes. La muestra fue igual a la población. La investigación desarrolla cinco dimensiones dentro de las barreras de acceso: geográfica, económica, de conocimientos, actitudinal e institucional. Los resultados concluyeron que el 82.2% de los participantes indicaron que el nivel de barrera de acceso es alto y el 17.8% la considera en un nivel medio. La barrera más frecuente es la actitudinal con un 28.7% que incluye al estigma (16%) y a considerar que el problema de salud mental no es grave (15.1%). La barrera más baja, fue la de conocimiento con un 13.4% que incluyen el desconocimiento de los síntomas de salud mental (35%). En base a estos datos se diseñó un protocolo de gestión para aplicarse en los proyectos sociales.

Palabras clave : Salud mental, acceso, barreras, protocolo.

ABSTRACT

The purpose of this study was to design a management protocol to reduce barriers to access to mental health services in social projects. The method used was mixed, because it had a quantitative and qualitative approach. To obtain the quantitative information, a questionnaire was applied on the barriers to access to mental health services in beneficiaries of social projects. The qualitative part was the design of the management protocol. The population consisted of 45 workers and/or collaborators of social projects and the sample was the same due to the low number of participants. The sample was equal to the population. The research develops five dimensions within the access barriers: geographical, economic, knowledge, attitudinal and institutional. The results concluded that 82.2% of the participants indicated that the level of access barrier is high and 17.8% consider it to be at a medium level. The most frequent barrier is the attitudinal barrier with 28.7%, which includes stigma (16%) and considering that the mental health problem is not serious (15.1%). The lowest barrier was knowledge barrier with 13.4%, which included lack of knowledge of mental health symptoms (35%). Based on these data, a management protocol was designed to be applied in social projects.

Keywords: Mental health, access, barriers, protocol.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, existe una creciente inquietud acerca del estado actual de la salud mental. De acuerdo a la ONU (2023), aproximadamente mil millones de personas atravesaban alguna dificultad emocional antes que iniciará el brote mundial de COVID-19; y, en consecuencia, las dificultades emocionales se han intensificado de un 25 % a un 27 % en cuanto a la frecuencia con la que se presenta la depresión y ansiedad en todo el mundo. Al respecto, Tzelios *et al.* (2022), mencionan con relación a la post pandemia que la urgencia de atención por dificultades emocionales ya existentes, se ha intensificado a razón de la sobrecarga emocional causada por el aislamiento social, la pérdida de seres queridos y la crisis financiera. Incluso los recursos humanos disponibles son insuficientes para responder a la demanda de la población, pues por cada 100 000 hab. solo se cuenta con 2,90 psiquiatras y 32,03 profesionales. En cuanto a ello, de acuerdo a la ONU (2023) se promedia que cerca del 25% de la población global experimenta alguna alteración psicológica, pero solo el 10% de ellos tiene la posibilidad de acceder a una atención y recibir tratamiento; en consecuencia, el acceso a la salud mental continúa siendo limitado, con barreras y de costo económico alto; sumado a la estigmatización hacia aquellos que deciden buscar ayuda profesional o que carecen de conocimiento para identificar sus propios síntomas o síntomas en su entorno lo que les permitiría buscar ayuda especializada de forma oportuna. Al respecto, la OMS (2023), explica que en todo el mundo los problemas emocionales se han acrecentado también a consecuencia de los cambios demográficos; incluso en la última década se contempla un aumento del 13% en la prevalencia de problemas emocionales, así como del consumo repetitivo y nocivo de sustancias. Otras consecuencias de los problemas emocionales, de acuerdo al Organismo Andino de Salud (2022), es que las enfermedades mentales han generado aislamiento social, incluso algunos de los que padecen problemas emocionales son internados en centros psiquiátricos, lo que agrava su estado y prolonga su dolor; otros, reciben una atención escasa y de pobre calidad, lo que causa un deterioro en su calidad de vida y un aumento en la tasa de mortalidad. Incluso, deben trasladarse desde sus viviendas a otras zonas que cuenten con una atención de salud mental; lo que conlleva tiempo, esfuerzo e inversión económica de la cual

carecen. Dentro de ese marco, según lo expresa la OMS (2023), se estima que, en todo el mundo, solo el 40% de los individuos afectados por depresión reciben tratamiento, mientras que para los casos de psicosis es del 29%. En consecuencia, se hace evidente la existencia de obstáculos para el libre acceso a una atención oportuna de la salud mental. En cuanto a ello, las “barreras para acceder a la salud mental” se refieren a la diferencia entre las personas que experimentan problemas de tipo emocional y el número de personas que logran acceder a una atención, en otras palabras, se trata del porcentaje de individuos que requieren una atención, pero que no la reciben (OPS, 2023). En ese sentido, en Latinoamérica, un gran número de personas que están afectados por problemas emocionales no reciben tratamiento ni atención; de ellas, el 85.9% corresponden a personas con ansiedad generalizada, el 85.1% presentan problemas de consumo de alcohol, el 73.9% tienen depresión y el 56.9% son personas que viven con esquizofrenia (MINSA,2023). En lo que respecta al Perú, de acuerdo al MINSA (2020), el 38.3% de la población indicó estar afectada por algún problema de salud; de ellos, solo el 47% logró acudir a una atención médica. Los motivos por los que no acudieron a una atención fueron por la distancia, desconfianza y retraso en la atención el 18.6%; el 22.5% indicó que no contaba con un seguro, o que no disponía de tiempo o por tener malas experiencias en su centro de atención; el 34.2% de los participantes refirió que optó por medicamentos caseros o se automedicó y el 47.4% señaló que no fue necesario acudir a una atención. Sobre ello, la OPS (2023), en su documento técnico sobre políticas para promover la salud mental, explica que aún persisten barreras en la búsqueda de asistencia profesional y en el acceso a servicios de salud mental debido al estigma y la discriminación, asimismo, se observan restricciones en cuanto a la cantidad de personal disponible para hacer frente a las necesidades de salud mental, lo que da lugar a un elevado costo para proveer servicios de atención médica.

Ante esta problemática de acceso a la salud mental, el gobierno ha tomado medidas, entre ellas, la promulgación de la Ley de Salud Mental en 2019, cuyo objetivo fue fomentar, salvaguardar y asegurar los derechos de aquellos individuos que enfrentan desafíos emocionales. Sin embargo, aun 8 de cada 10 peruanos no son tratados de forma efectiva para sus problemas

emocionales (Molero, 2023). Incluso, en varias regiones del Perú, aún queda mucho por hacer en cuanto a la salud mental, debido a las deficiencias en el acceso a la salud, además de la ausencia de una ley que obligue a las compañías de seguros privadas a cubrir este tipo de servicios. (Barboza *et al.*,2020). Ante esta circunstancia en el campo de la salud mental, múltiples organizaciones sociales se comprometen a proporcionar respaldo y abordar los obstáculos que dificultan el acceso a servicios de salud mental para individuos en situaciones desfavorecidas. Una de ellas son las ONG que brindan atención oportuna a la población vulnerable. En este contexto particular, el objetivo de la investigación consistió en analizar los impedimentos que obstaculizan el acceso de las personas que reciben asistencia de programas sociales a los servicios de salud mental. La finalidad primordial es desarrollar un protocolo de gestión que aborde estos desafíos y promueva una mayor accesibilidad a la atención psicológica. Por ello, se formula la siguiente pregunta ¿Cómo diseñar un protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a servicios de salud mental en proyectos sociales 2023?

La investigación actual se centra en los obstáculos que la población que se beneficia de los proyectos sociales de una ONG enfrenta al tratar de acceder a los servicios públicos de salud mental, la cual ha sido observada en mi experiencia como profesional de la salud en proyectos sociales. El acceso a la salud mental es fundamental, especialmente para aquellos que padecen dificultades emocionales como depresión, ansiedad, ideación suicida, abuso de alcohol o drogas, vivir con esquizofrenia, trastorno límite, entre otros, pues las consecuencias pueden afectar significativamente su vida diaria, trabajo, relaciones y salud física; además, como consecuencia, genera insatisfacción, frustración, problemas en la familia y su entorno, así como, aislamiento social, estigma y puede costarles la propia vida. Por ello, es crucial la propuesta de un protocolo de gestión que plantee estrategias que ayuden a reducir los obstáculos de acceso a la salud mental. Al reducir las barreras, se espera que las personas alcancen una atención, tratamiento y recuperación para su propio bienestar emocional. Al mejorar el bienestar emocional personal, es probable que tanto la familia como, en consecuencia, la comunidad, experimenten una notable mejoría en su salud mental y bienestar en general. En cuanto al

propósito principal de esta investigación, se pretende diseñar un protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales 2023; de manera que, los objetivos específicos son: (i) Analizar de forma general las barreras de acceso a servicios de la salud mental en proyectos sociales 2023 ; (ii) Analizar cada una de las dimensiones de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales 2023; (iii) Analizar los indicadores más frecuentes de las dimensiones de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales 2023 y (iv) Diseñar un protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales 2023

II. MARCO TEÓRICO

Varios estudios a nivel mundial han tratado el tema de los obstáculos para obtener servicios de salud mental, sobre ello, en el estudio realizado por Gutiérrez *et al.* (2019) donde se estimó la desigualdad en el acceso a servicios de atención médica en zonas con menos de 100 000 habitantes en México. Para ello, utilizaron una encuesta nacional como fuente de datos secundaria y analizaron distintos aspectos como la disponibilidad de servicios médicos, el estado de bienestar físico y la cobertura de seguro de salud. Los resultados indicaron que solo el 82.4% de encuestados contaba con un seguro, de ellos, el 61.84% que presentó problemas de salud en los últimos 30 días recibió atención médica y el 60.03% logró acceder a algún servicio de salud.

A su vez, Monroy-Sánchez (2020) realizó un análisis documental acerca de atención de salud mental dirigida a adultos afectados por las secuelas del conflicto armado en Colombia. Se examinaron tres aspectos en relación con el acceso y la disponibilidad de servicios de salud mental, los obstáculos que dificultan el acceso a esos servicios y los efectos en la salud posteriores a recibir atención. Los hallazgos encontrados reportan que los obstáculos principales fueron las creencias personales, el nivel sociocultural y falta de entendimiento de los servicios sanitarios. Por otro lado, Gonzales *et al.* (2016), indagaron sobre los determinantes que afectan las posibilidades de los adultos en Colombia para obtener servicios de atención de salud mental. Estas investigaciones se fundamentaron en los datos recopilados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015. Concluyeron que el 37.5% de las personas que necesitaban una atención lograron solicitarla y de ellas, solo el 94% recibió una atención adecuada. El 47.3% de encuestados indicó que no era necesario una atención, el 23.6% no acudió por descuido y el 15.6% no deseaba asistir. En resumen, expresan que existen factores comportamentales y actitudes que dificultan acudir a una consulta en salud mental, como la falta de información, el desconocimiento de síntomas y los costos económicos que implican una atención de salud mental; lo cual podría afectar la economía personal y familiar.

Asimismo, Nickels *et al.* (2018), analizaron la disponibilidad de la atención para personas que padecen trastornos emocionales en un hospital de El Salvador. Un total de 453 pacientes y sus cuidadores fueron encuestados. De acuerdo a los resultados, se observa dificultades más significativas relacionadas con la distancia

o trayecto entre el lugar de residencia y el centro de atención, la cual se duplica para las familias que viven en zona rural en comparación con la zona urbana. Incluso, en algunos casos, el tiempo total invertido para obtener una atención fue de 8 horas, lo que conlleva a que algunas familias pierdan una jornada laboral. Además, los gastos asociados al traslado, transporte, la comida y el alojamiento, representan un costo adicional significativo. Un 32.5% de los encuestados identificó el costo de alojamiento como una dificultad para la atención, mientras que el 30% refiere carencias para satisfacer sus necesidades alimentarias porque priorizan el pago de la atención y el 20% indica que la dificultad mayor es la carga económica adicional que implica trasladarse para la atención. La investigación concluye que en la mitad del país existe una limitación en la posibilidad de obtener cuidado en salud mental, y que el 45% de individuos requieren cuidado en salud mental, pero no tienen acceso a ello.

En ese sentido, durante una exploración realizada por Gómez-Restrepo *et al.* (2021), se identificaron impedimentos que retrasan la atención de problemas psicológicos asociados a la depresión y el uso nocivo de alcohol en algunos municipios de Colombia. Mediante entrevistas a profundidad y grupos focales con 104 individuos, se encontró que el desconocimiento sobre los síntomas depresivos fueron los más significativos tanto en paciente como en especialistas. Esto se produce debido al estigma y aislamiento asociado a los problemas emocionales, además, los profesionales de la salud se percibían como insuficientemente preparados para reconocer señales emocionales en los pacientes y remitirlos a un especialista correspondiente. La siguiente barrera fue identificada como normalización de problemas emocionales, ya que, a nivel cultural, no se visualiza la problemática emocional como una discapacidad física que los médicos puedan identificar y tratar adecuadamente.

También, Orozco *et al.* (2022), elaboraron un informe acerca de las dificultades que impiden el acceso al tratamiento de problemas emocionales en seis países americanos. Con el propósito de realizar esa investigación, se tomó una muestra compuesta por 4648 individuos de Perú, Argentina, México, Colombia, Brasil, y Estados Unidos. Los hallazgos revelaron que el 43% de aquellos que no recibieron atención consideraban que no requerían tratamiento, mientras que el 57% se vio impedido por barreras actitudinales y/o estructurales. En relación con

ello, el 27% mencionó obstáculos estructurales, de ellos el 18.5% indicaron falta de recursos económicos y el 17.7% la limitada disponibilidad de servicios. Asimismo, más del 95% de los participantes reconoció que las barreras actitudinales representaron un impedimento, destacando que el 69.4% prefería solucionar los problemas por sí mismos. Sobre ello, Olawande *et al.* (2020), realizaron un análisis en Nigeria, para identificar las dificultades en el acceso de los servicios de atención sanitaria mental. La muestra fue de 967 adultos, los cuales fueron sometidos a entrevistas en profundidad y cuestionarios estructurados. Los resultados se diferencian entre hombre y mujeres. En los varones, el 26.4% mencionó que el financiamiento es la principal dificultad debido al costo de los medicamentos o que incluso deben pedir préstamos para pagar los tratamientos. Asimismo, un 38% de los varones indica que la distancia geográfica limita el acceso a la atención, pues al residir lejos implica un pago de alojamiento para acudir a una atención; el 42.1% menciona que otro obstáculo es el estigma. En las mujeres, el 73.6% señalaron dificultades de tipo económico como la principal dificultad para una atención, el 62% señaló a la distancia de traslado y el 57.9% de las encuestadas mencionaron al estigma como un limitante. Del total de entrevistados, solo el 33.3% de los varones accedieron a una atención y en las mujeres el porcentaje fue de 66.7%.

Mientras que, a nivel nacional, Saavedra y Galea (2020), desarrollaron un estudio con el fin de averiguar la percepción, necesidades y características de atención médica mental en adultos residentes de Lima y Callao. Con el fin de alcanzar ese objetivo, analizaron la información recopilada de una investigación epidemiológica realizada por INSM-Perú, la cual incluyó una muestra de 4445 adultos. Se aplicaron cuestionarios para evaluar dificultades emocionales, minusvalía, acceso, frecuencia de enfermedades y características sociales. Según los hallazgos, el 28.5% de encuestados experimentaron algún problema emocional a lo largo de su vida, mientras que el 11.8% lo experimentó durante el último año. De ellos, solo el 3.6% fue atendido durante el último año. Identificaron que los elementos que afectan el acceder a la atención es ser de género femenino, otro limitante es el desempleo (por lo que disponían de tiempo para buscar la atención solo durante el tiempo de desempleo) y el experimentar problemas emocionales. En cuanto a la efectividad de la atención sanitaria de salud mental, solo el 16.9% recibió atención; el 13.5% de encuestados, aunque no recibió atención,

consideraban que está era urgente, el 8.1% mencionaron que la atención era medianamente necesaria y el 5.5% consideran que la atención no se requería.

Además, Cavero *et al.* (2018), en su investigación relacionada con la presencia de servicios de atención de salud mental en el primer nivel de atención, aplicaron entrevistas semiestructuradas a 37 pacientes, 22 proveedores de atención sanitaria y 4 psicólogos de 6 establecimientos de salud en Lima. Las dificultades identificadas para buscar una atención son el tiempo que deben invertir para acudir a establecimientos de salud, además del costo de consulta (pues desconocen si es gratuita o deben pagarla) y la ausencia de entendimiento sobre el proceso de solicitar una cita. Agregado a ello, se identifica dificultades actitudinales, como la percepción de no necesitar una atención o que por sí mismos pueden solucionar sus problemas emocionales; la creencia de que sus problemas emocionales no son graves, que no disponen de dinero para un tratamiento o que tuvieron malas experiencias en los establecimientos de salud. En esa misma línea, se exponen dificultades institucionales como la carencia de profesionales, los horarios de atención poco flexibles (solo turnos por la mañana), el tiempo de espera para recibir atención.

Asimismo, Rivera-Lozada *et al.* (2020), llevaron a cabo una investigación para analizar los desafíos que enfrentan los pacientes diagnosticados con tuberculosis al buscar atención médica en un hospital ubicado en el Callao. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 120 pacientes, empleando una metodología que integró tanto enfoques cuantitativos como cualitativos. De acuerdo con los hallazgos, se detectaron varias carencias en la infraestructura, los horarios y la oferta de servicios que afectan el acceso a la atención médica. Respecto a las fechas y horarios de las consultas, los participantes informaron que experimentan retrasos en la obtención de citas, y una vez que las obtienen, el tiempo de espera para ser atendidos es prolongado. Además, muchos de los pacientes se ven obligados a pedir permisos en sus trabajos para poder acudir a las consultas. Otra barrera importante es la lejanía que existe entre la ubicación donde viven los pacientes y el centro médico donde reciben tratamiento. Los participantes señalaron que el transporte público presenta carencias y demoras, y la mayoría expresó que carece de los medios financieros necesarios para pagar un servicio de taxi. En conclusión, el estudio demostró que hay múltiples barreras que dificultan el

acceso a la atención médica para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el hospital del Callao, entre ellas problemas relacionados con la infraestructura, los horarios y la oferta de servicios, así como demoras en la asignación de citas y dificultades logísticas asociadas al transporte y los costos económicos.

Por su lado, Romaní *et al.* (2021), en su análisis sobre factores que se asocian al no uso de servicios de salud en la comunidad LGTBI en Perú, optaron por incluir a personas que habían experimentado una enfermedad en los últimos doce meses anteriores al estudio y que habían recibido atención médica. La información fue recopilada de manera secundaria a través de la primera encuesta virtual dirigida a esta comunidad, y la muestra consistió en 5386 adultos participantes. Según los resultados encontrados, cerca del 49,4% de los participantes experimentaron dificultades relacionadas con su salud mental durante el año anterior. Estos desafíos englobaron situaciones de ansiedad, depresión y problemas para ajustarse a diversas circunstancias. Sin embargo, sorprendentemente, el 16% de estos individuos mencionó que no habían buscado atención profesional. El principal obstáculo identificado para no buscar ayuda fue la falta de recursos económicos, mencionada por el 31.3% de los casos. Además, se observó que aquellos que contaban con un seguro de salud tenían una menor prevalencia de no utilización de servicios médicos. Esto se debe a que no contar con un seguro médico implicaría tener que pagar por los servicios de atención, lo cual representa una barrera económica para acceder a la asistencia médica.

Sobre ello, Toyama *et al.* (2017), llevaron a cabo una investigación sobre la transformación del sistema de salud mental en Perú, que arrojó resultados que indican que aproximadamente el 20% de las personas que enfrentaban desafíos emocionales, neurológicos y relacionados con el abuso de sustancias no estaban recibiendo el nivel adecuado de atención en el campo de la salud mental. Realizaron su investigación a través de la examinación de archivos oficiales y la realización de encuentros con personal clave. Los resultados mostraron que, a pesar de la alta incidencia de enfermedades mentales, la mayoría de las personas afectadas no tenían un acceso adecuado a servicios de salud mental. En efecto, se concluyó que las barreras de acceso a la atención oscilaban entre el 69% y el 85%. Las razones más comunes de esta situación eran la falta de recursos económicos y la carencia de información sobre dónde obtener asistencia. Asimismo, indicaron

que el presupuesto asignado para la atención de la salud mental era insuficiente, lo cual tenía un efecto directo en la disponibilidad y distribución de profesionales capacitados. En resumen, la escasez de personal especializado en salud mental se atribuía a la falta de recursos adecuados. Asimismo, indicaron que, con el fin de fortalecer la reforma en salud mental a nivel nacional, sería fundamental incorporar gradualmente a la sociedad civil y a organizaciones no gubernamentales (ONG) en la planificación y ejecución de programas para mejorar la salud mental, pues, las ONG podrían desempeñar un papel importante al identificar, educar y canalizar a pacientes que necesitaran atención.

Al respecto, Palma (2018), investigó los motivos detrás de la precaria situación de la salud mental en Perú, enfocándose en el análisis del programa neoliberal de salud que se implementó en la década de 1990 y 2000. En sus conclusiones, estableció que la limitada inversión pública asignada al sector de la salud tuvo un impacto directo en las dificultades de acceso a la atención de salud mental. El autor resaltó además que la problemática de salud mental en el país se origina a partir de varios factores que han estado presentes por un largo período, como las desigualdades sociales, políticas y económicas entre la capital y las provincias. Las desigualdades han generado diversos efectos en el bienestar emocional de las personas, que van desde la disminución o eliminación de los servicios ofrecidos por el sistema de salud público, hasta la generación de importantes desafíos en la salud mental de la población, sobre todo entre aquellos en condiciones económicas más precarias. Esta situación ha dado lugar a un notable aumento en la desigualdad en la asignación de los recursos económicos y ha contribuido al deterioro general del bienestar mental en la comunidad.

En cuanto a las variables que están siendo analizadas en este estudio, se detalla en primer lugar la variable "Protocolo de gestión". El protocolo es un conjunto de normas o directrices que se han establecido previamente por consenso; por lo que se convierte en un documento que explica cómo actuar frente a distintas situaciones, donde se detalla comportamiento, acciones y métodos que se consideran adecuados para afrontar la situación identificada. (Sánchez, 2018). Asimismo, Vera (2019) define los protocolos como afianzamiento de las prácticas adecuadas, pues establece las pautas mínimas de atención sanitaria y hace uso de herramientas administrativas con el fin de gestionar los costos de atención,

supervisar la salud pública y evaluar la efectividad de la actividad, así como, el diseño de proyectos de investigación. Al respecto, Argimón *et al.* (2019), los protocolos son una metodología de tipo uniforme por su estructura que permite afrontar ciertos problemas de salud, así como, un acuerdo previo entre expertos sobre la manera óptima de ofrecer cuidado adecuado frente a una situación médica concreta. El protocolo ejerce la función de mejorar la consistencia de los resultados clínicos, aumenta la precisión y optimiza la eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención médica (MINSA,2021). Además, Lorenzo *et al.* (sf), menciona que los protocolos son los lineamientos que incluyen instrucciones, análisis, tratamientos y supervisión para asegurar la calidad de tratamiento sanitario y los resultados finales. Estos lineamientos ayudan en la elección de pautas para el cuidado del paciente y por lo general tienen un carácter normativo. En su mayoría, los protocolos, se desarrollan por consenso y su enfoque primordialmente se orienta al paciente. De acuerdo al MINSA (2021), los protocolos detallan los pasos o métodos necesarios para abordar una situación problemática en salud y se emplean para disminuir la variabilidad y optimizar la efectividad, eficacia y uso de recursos. Asimismo, Gutiérrez *et al.* (2022), refiere que los protocolos de salud tienen la meta de estimular la colaboración armonizada entre distintos expertos, facilitando la integración de diversos procedimientos de administración desde distintas esferas. Su propósito es garantizar una intervención interdisciplinaria que sea segura y de excelencia, trascendiendo lo meramente clínico. En el campo de la psicología, estos protocolos se han extendido a distintos ámbitos, tales como el clínico y el organizacional, aunque no es común la unión conjunta de ambos.

Con relación a la gestión, Gutiérrez *et al.* (2022), explica que dentro de las organizaciones es común utilizar guías, metodologías y estrategias para llevar a cabo los procesos de gestión que orientan las acciones que se deben realizar. Sin embargo, en la gestión de salud es común utilizar los protocolos de gestión, los cuales promueven la participación coordinada de diversos profesionales relacionados con la salud, además, facilitan la integración de diferentes procesos de gestión de las diversas áreas y aseguran una intervención interdisciplinaria segura y de alta calidad. Al respecto, de acuerdo a Carrera *et al.* (2018), la gestión es un sistema compuesto de diferentes elementos que se interconectan para alcanzar una meta establecida, abarcan gestión de personal, financiamiento,

infraestructura, equipos, conocimiento, experiencia, entre otros. Desde esta óptica, se centra en la ejecución de procesos efectivos y eficientes en línea con las políticas y estándares de calidad, con el propósito de lograr los objetivos establecidos. Así también, según Huergo (s.f.), se entiende a la gestión como una forma de expresión artística, ya que, involucra el uso de la expresión inventiva en lugar de continuar con fórmulas repetitivas o procesos estructurados. Su objetivo es generar procesos colaborativos conjuntos, en lugar de oponerse a ellos o a los que ya existen. Mientras que, para Puertas (2020), la gestión implica lidiar con situaciones complejas e inciertas, brindando estructura y estabilidad al reconocer que el crecimiento de las empresas requiere adaptarse a los cambios. De acuerdo a Ropa-Carrión y Alama-Flores (2022), en términos etimológicos, la gestión se define como la ejecución de actividades y procesos, así como, la dirección, guía y supervisión de un grupo de personas cuyo propósito es alcanzar los objetivos establecidos por las organizaciones. Este procedimiento implica la implementación de acciones estratégicas acordadas previamente con la colaboración del equipo, todo con el fin de hacer realidad la visión de organización. Según Huergo (s.f.), Villamayor y Lamas sostienen que gestionar implica coordinar desde diferentes perspectivas y esfuerzos en un proceso organizado para alcanzar los objetivos institucionales de manera efectiva, fomentando el involucramiento participativo y democrático. Según Repullo-Labrador (2022), la gestión implica llevar a cabo una acción planificada y estructurada para obtener diversos recursos y servicios disponibles en nuestro entorno, el cual demanda previsión, compromiso, inventiva y competencia para alcanzar nuestras metas de manera eficaz.

Sobre gestionar, Aparicio (2021), refiere que es llevar a cabo un proceso en el que se ejecutan actividades previamente planificadas y que puede incluir distintas áreas, como adoptar avances tecnológicos en el sector de la salud, implementar un programa de atención a las personas o establecer un sistema centralizado de historias clínicas en la nube, al cual tengan acceso todos los centros médicos y entidades de salud. En ese sentido, para la gestión sanitaria o en salud, de acuerdo a Blanco (2022), gestionar es la esencia para ayudar a alcanzar el propósito para el cual fue creada la organización. Entonces, para el caso específico de las organizaciones de salud, su función se ve afectada por diversos aspectos relacionados tanto con la salud como con la administración, lo cual implica un

proceso de gestión. Por lo tanto, la gestión en el ámbito de la salud utiliza distintas técnicas y estrategias para facilitar el trabajo y mejorar los servicios del sector sanitario. Estas acciones se centran en fomentar la salud, prevenir enfermedades y contribuir a la recuperación de los pacientes. De esta manera, la gestión en este ámbito se enfoca en asegurar la calidad de la atención hospitalaria, teniendo en cuenta tanto el aspecto social como el institucional, con el fin de proporcionar un servicio comunitario mejorado. Por su parte, el MINSA (2020), indica que la gestión sanitaria abarca una serie de conocimientos, principios, directrices y prácticas asociadas con la administración de instituciones de salud, que son indispensables para tomar decisiones adecuadas con una perspectiva estratégica y mejorar la salud de la población atendida, asegurando la entrega de servicios de salud de alta calidad a los usuarios. Este enfoque abarca la planificación, organización, dirección y control en el ámbito de la salud, llevándose a cabo en tres niveles: a nivel macrogestión (políticas de salud a nivel territorial), mesogestión (en establecimientos de salud) y microgestión o gestión clínica (administración de los profesionales de la salud en los servicios operativos).

En base a ello, Hernández *et al.* (2017) citado en Murillo-Rozo *et al.* (2022), recopila las características de protocolos de gestión como a) procesos de direccionamiento estratégico, cuyo propósito principal es identificar las responsabilidades en la dirección de tal forma que se concentren en desarrollar planes de acción a corto, mediano y largo plazo; Se basan en la creación de diversas tácticas que ayudan a mejorar aspectos, servicios o acciones vitales para el adecuado funcionamiento de la organización ; b) procesos de gestión de recursos, abarca las actividades destinadas a administrar los recursos necesarios para llevar a cabo los procedimientos; estos recursos pueden ser humanos, de gestión administrativa, estructurales y relacionales; c) procesos operativos, asociados al relacionamiento entre el logro de los objetivos y a la forma en que se lleva a cabo; d) procesos complementarios, son actividades que aportan a mantener el adecuado desarrollo de las gestiones como la cooperación interinstitucional, promoción de actividades, uso de la tecnología y comunicación entre instituciones afines.

De acuerdo a Argimón *et al.* (2019), existen dos tipos de protocolos de gestión clínica: en primer lugar, se encuentran los protocolos que se centran en el

diagnóstico, los cuales establecen las pautas que los profesionales de la medicina deben seguir frente a ciertos síntomas con el objetivo de llegar a un diagnóstico preciso. Por otro lado, se encuentran los protocolos que se enfocan en el tratamiento y seguimiento, los cuales determinan las directrices para tratar y monitorear enfermedades específicas que ya han sido diagnosticadas, los cuales, son muy útiles para ayudar a los pacientes a cumplir con su tratamiento y también para promover un enfoque colaborativo en la toma de decisiones durante el proceso de seguimiento de la enfermedad.

En cuanto a la estructura de los protocolos de gestión, MINSA (2021), sugiere que se deben incluir los siguientes elementos: a) Una sección que explique el propósito y fundamentos técnicos, detallando el problema, su ubicación, las personas afectadas, el comportamiento del problema y cuándo se manifiesta. En otras palabras, deben describirse las causas y razones que respaldan la creación del protocolo. b) Definición de los objetivos, tanto el propósito general del protocolo como objetivos específicos que sean medibles y alcanzables en un período determinado. c) Especificación del alcance del protocolo, estableciendo los límites de implementación y el personal de salud necesario para alcanzar los objetivos. d) Uso de un nombre estandarizado para el protocolo con el fin de identificarlo de manera precisa. e) Inclusión de disposiciones generales que aborden conceptos fundamentales, recursos humanos y materiales necesarios, así como la población beneficiaria. f) Detalle de disposiciones específicas, como el uso de bases de datos, criterios de inclusión y exclusión, resumen del diagnóstico inicial, estrategias o actividades específicas, así como indicaciones o contraindicaciones relevantes. g) Ofrecimiento de recomendaciones finales que destaquen las posibles necesidades, así como, medidas preventivas. h) Creación de estándares de evaluación desarrollados para analizar la eficacia de las tácticas aplicadas con el fin de lograr los objetivos establecidos.

Respecto a las fases de elaboración del protocolo, Argimón *et al.* (2019), describe el diseño de protocolos de gestión como un proceso en el cual expertos trabajan conjuntamente para alcanzar un consenso acerca del contenido, los objetivos y los propósitos del protocolo. Este proceso se divide en tres etapas: 1) Fase inicial de planificación, en la cual se elige el tema central del protocolo tomando en cuenta factores como la prevalencia de la enfermedad, la disponibilidad

de recursos y la gestión de riesgos con el objetivo de lograr resultados favorables. 2) La fase de diseño y consenso que es de vital importancia en la creación del protocolo, ya que implica un análisis exhaustivo y una revisión de la literatura científica relacionada con el problema identificado, incluso se toman en cuenta otras iniciativas similares previas.3) En la fase de revisión, se identifican los elementos clave para definir el seguimiento, la implementación y los resultados del protocolo.

En segundo lugar, se detalla la variable “Barreras de acceso a servicios de salud mental”, partiendo de la definición de salud mental, que es un estado de bienestar en el que cada individuo logra su pleno desarrollo, afronta de manera eficiente los obstáculos de la vida, desempeña su trabajo de forma productiva y aporta de manera significativa a su comunidad (OMS, 2023). En ese sentido, la salud mental abarca un bienestar integral de la persona, es por ello, que cuando se presenta una sintomatología de malestar emocional es necesario que los individuos logren acceder a una atención para tratar sus síntomas y recuperar el bienestar integral. Sin embargo, la realidad sobre el acceso a un servicio público para atención de problemas de salud mental aún presenta obstáculos o barreras para lograr su efectividad.

En relación a el acceso a servicios de salud, se entiende como un conjunto de atributos que determinan si las personas pueden emplear los servicios de manera eficiente y apropiada. (Sánchez-Belmont, 2020). Asimismo, Arias *et al.* (2020), la define como al grado de correspondencia entre las necesidades de los pacientes y los recursos disponibles para atenderlas de manera adecuada. Sobre ello, Gulliford *et al.* (2001) citado en Arnaudo (2017), sostienen que el término “acceso” es común utilizarlo para referirse a dos contextos; el primero, a la capacidad de utilizar un servicio determinado cuando se requiere su uso, lo que implica que el servicio esté disponible junto con las medidas y protocolos que aseguren su disponibilidad en el futuro. El segundo, hace mención a alcanzar un acceso efectivo a los servicios de salud, lo que involucra el uso real y conveniente los servicios. Por su parte, Donabedian (1966) citado en Cosar (2017), define al acceso como una cualidad de los servicios médicos disponibles, que puede tener un efecto importante en restringir o mejorar la capacidad de brindar atención a la población.

Sobre el acceso a servicios de salud, existen diversos modelos teóricos que se explican en los siguientes apartados:

1. Modelo de acceso a servicios de salud mínimos decentes, que puede describirse como la oportunidad de obtener servicios específicos de salud con cierta calidad, de bajo nivel y con amplias dificultades para la población. Este acceso se sustenta en información mínima que se ha generalizado como necesidad de la población y se diferencia de una atención óptima y de alta calidad. Está influenciado por las decisiones políticas de los responsables que utilizan información mínima e inespecífica para determinar el acceso en diferentes sistemas de salud, definiendo un conjunto particular de servicios que deben recibir prioridad según los recursos económicos disponibles. (Arrivillaga y Borrero, 2016).

2. Modelo de acceso a servicios de salud según la oferta y la demanda, que se suele utilizar para referirse a los elementos que influyen en la primera interacción o utilización de servicios; para algunos, el foco debe estar en este primer contacto, especialmente en las particularidades de los proveedores de servicios o en la oferta que proporcionan mientras que para otros el enfoque adecuado debería centrarse en el propio proceso de atención médica. Además, algunos argumentan que, a fin de lograr una mejor comprensión del acceso a los servicios de salud, es crucial tomar en cuenta las particularidades de los usuarios, es decir, ver las cosas desde su perspectiva como demandantes de dichos servicios. (Arrivillaga y Borrero, 2016). Sobre ello, se distinguen tres tipos de submodelos:

a) Modelo de cobertura Efectiva, fue propuesto por Tanahashi y ofrece una perspectiva muy útil para comprender porque algunos grupos vulnerables no logran acceder a los servicios sanitarios, mientras que otros si obtienen acceso y se benefician de ellos. (Justo *et al.*, 2023). Al respecto, se introduce el término “acceso” para describir la cobertura efectiva como el porcentaje de la población que recibe atención adecuada. Además, se enfatiza que el acceso es un proceso que implica la interacción entre factores específicos relacionados con los servicios de atención médica y las características de la población. La dinámica de esta relación es afectada por dos factores principales: las características propias del sistema de salud y la capacidad y competencia de la población para identificar sus necesidades y acceder a la atención médica adecuada. (Tanahashi, 1978 citado en Arias *et al.*, 2020). Este modelo resalta que en primer lugar se debe asegurar que los

productos básicos y los recursos humanos estén disponibles para todos (cobertura de disponibilidad). Después, es necesario idear estrategias para superar los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de salud (cobertura de accesibilidad). Una vez que se haya establecido la disponibilidad y accesibilidad, se abordarán otros aspectos, como la asequibilidad y las creencias, con el fin de fomentar la disposición de la población para utilizar las intervenciones de salud (aceptabilidad de la cobertura). La implementación de estos procesos en cada etapa fomentará la interacción inicial y continua entre la población y los proveedores de servicios y productos (cobertura de contacto), lo que en última instancia llevará a una cobertura de alta calidad (cobertura de eficacia). (Tanahashi, 1978 citado en Ebhohon, 2018). Al respecto, de acuerdo con Arias *et al.* (2020), Tanahashi, explica que el acceso a los servicios sanitarios está estrechamente relacionado con cómo se conectan la oferta de atención sanitaria y la población, y esto es determinado por dos factores principales: la capacidad de la población para reconocer sus necesidades y la posibilidad de obtener la atención necesaria. Con este enfoque, es posible identificar las barreras que dificultan que la población objetivo utilice adecuadamente los servicios sanitarios disponibles. Además, se pueden identificar los recursos facilitadores, es decir, aquellos factores que podrían ayudar a que la población utilice de forma apropiada los servicios, incluso superando las barreras de acceso y logrando un uso efectivo de los servicios de salud (Justo *et al.*, 2023).

b) Modelo de satisfacción, cabe señalar que Penchasky y Thomas (1981) citado en Arnaudo (2017), explican el acceso a la atención sanitaria basándose en cinco dimensiones que describen cómo se ajusta el vínculo entre los beneficiarios y el sistema de salud, en donde se define el acceso como el grado en que los sistemas y los usuarios se adecuan, y esto engloba varios aspectos como: 1. Disponibilidad, se refiere a la relación entre la cantidad y el tipo de servicios ofrecidos en el sistema y las necesidades de los pacientes en términos de volumen y tipo de atención requerida; es decir, describe las características específicas del personal sanitario como edad, género, entre otros, y las prácticas en la atención por parte de los usuarios; asimismo, incluye las actitudes, conducta y percepciones desde los profesionales de salud hacia los pacientes. También se incluye la visión desfavorable acerca de la calidad de atención y el trato del personal de salud (Penchasky y Thomas, 1981 citados en Báscolo, 2018). 2. Accesibilidad, que se

relaciona con la ubicación de los servicios en relación con los usuarios, considerando la posibilidad de acceso, los métodos disponibles y el tiempo necesario para llegar a ellos. Incluye factores como la distancia entre ellos, la disponibilidad de transporte, el tiempo de viaje y los costos asociados con el desplazamiento. Asimismo, se consideran los costos directos de la atención sanitaria como pagos por consultas, estudios diagnósticos (que muchas veces son costeados de forma privada), y, los costos indirectos como transporte, pérdida de día laboral, etc. (Penchasky y Thomas, 1981 citado en Arnaudo, 2017). Además, de la baja capacidad para costear los servicios sanitarios (Penchasky y Thomas, 1981 citados en Báscolo, 2018).

3. Conveniencia o comodidad, que se refiere a cómo el sistema está organizado para atender a las personas, incluyendo aspectos como el horario de funcionamiento y la programación de citas, y si estas características son adecuadas y fáciles de adaptar para los usuarios. También tiene en cuenta la percepción de los pacientes sobre la idoneidad y evalúa la conveniencia de la ubicación del servicio en relación con la localización y movilidad del paciente (Penchasky y Thomas, 1981 citado en Arnaudo, 2017).

4. Asequibilidad, que se vincula con la relación entre los precios de los servicios o seguros de salud y la capacidad de pago de las personas. También tiene en cuenta la opinión del paciente sobre los costos y la cobertura, lo que impacta en su habilidad para acceder a la atención médica.

5. Aceptabilidad, que hace referencia a las actitudes de los usuarios hacia la prestación de servicios y, a su vez, la forma en que los proveedores perciben las demandas y preferencias de los usuarios, y cómo se ajustan a ellas., lo que influye en cómo los pacientes perciben el sistema de atención médica y en su disposición para buscar y recibir atención (Penchasky y Thomas, 1981 citados en Sánchez-Belmont, 2020; Penchasky y Thomas, 1981 citados en Sieck *et al.*, 2021). Además, explora la configuración de los servicios de salud y cómo la población percibe su funcionamiento, incluyendo aspectos como la disponibilidad de horarios para las consultas médicas y los períodos de espera para obtener una cita con los profesionales de la salud (Penchasky y Thomas, 1981 citado en Arnaudo, 2017).

c) Modelo de accesibilidad, donde se reconoce que existe una estrecha conexión entre la disponibilidad de recursos y la habilidad para ofrecer servicios. Por lo que, al utilizar estos recursos implica un consumo adecuado, teniendo en

cuenta su durabilidad y capacidad. (Frenk, 1995 citados en León *et al.*, 2018). Además, la evaluación del acceso a los servicios de atención médica implica considerar cómo las personas interactúan con el sistema de salud y cómo enfrentan los obstáculos que dificultan su acceso. Esto engloba tanto los obstáculos que restringen el acceso a recursos de salud como la habilidad de las personas para superar dichas dificultades; es decir, medir el acceso implica abordar tanto los aspectos estructurales del sistema como la habilidad de la población para afrontar los retos vinculados con la atención médica. (Frenk, 1985 citado en Cosar, 2017).

3. Modelo de acceso a servicios de salud según múltiples causas: El cual depende de múltiples factores que se vinculan tanto con la disponibilidad de los servicios de salud como con la demanda que se tenga de los mismos. En cuanto a la oferta, se consideran aspectos como la ubicación y disponibilidad de los servicios, sus costos y su conveniencia para los pacientes. Y en cuanto a los factores de demanda incluyen la carga de enfermedades, el nivel de conocimiento de la población, las actitudes hacia la salud y las habilidades de autocuidado, todos ellos también influyen significativamente en la posibilidad de acceder a la atención sanitaria. (Arrivillaga y Borrero, 2016). Al respecto, se mencionan dos submodelos:

a) Modelo de factores: introdujo medidas para evaluar tanto el desarrollo como los resultados en el acceso. Con relación al indicador de desarrollo, influye en dos elementos fundamentales: la población y los servicios de atención médica. Su propósito radica en determinar hasta qué punto pueden ser abordados o modificados mediante políticas de salud. Estos indicadores abarcan factores que son susceptibles de cambio con el tiempo y otros que son más permanentes. Los primeros pueden ser ajustados en poco tiempo, tales como, los servicios médicos disponibles o la amplitud de la cobertura; en cambio, los últimos son invariables y facilitan la orientación de las políticas hacia grupos particulares. (Aday y Andersen, 1974 citado en Cosar, 2017). Según Arias *et al.* (2020), se señala que Andersen y Davidson han planteado que hay cuatro elementos distintos que afectan en el acceso a los servicios médicos. Estos elementos engloban: el contexto en el que se encuentra el individuo, incluyendo el sistema de salud, la familia y la comunidad; las características personales particulares; los hábitos y comportamientos relacionados con la salud, y, por último, los resultados obtenidos a partir de la atención médica recibida. También Hirmas (2013) citado en Arias *et al.* (2020),

explica que, según Aday y Andersen, la disponibilidad de servicios de atención médica se encuentra influenciada por diversos elementos, tales como las medidas adoptadas en el ámbito de la salud, la organización del sistema de atención médica, las características de las poblaciones desfavorecidas, el uso de servicios médicos y el grado de satisfacción que experimentan los pacientes.

b) Modelo de dimensiones: De acuerdo a Santoyo y Arredondo (2020), Levesque y colaboradores plantean que las personas enfrentan dificultades para acceder a atención médica, debido a problemas con la adecuación y disponibilidad de los servicios. Estos desafíos varían de acuerdo al lugar de residencia de la población, como áreas rurales o urbanas, ya que las redes sociales y la respuesta de los proveedores influyen de manera diferente en el proceso de atención. En ese sentido, entiende al entorno geográfico como un factor crucial que puede restringir el acceso a los servicios sanitarios, así como, la movilidad limitada, la debilidad física y las enfermedades crónicas avanzadas que afectan a población, junto con otros factores como las condiciones del hogar, las redes sociales, la pobreza y el nivel educativo bajo, generan desigualdades entre áreas rurales y urbanas.

4. Modelo de acceso a servicios de salud según necesidades: Según Goddard y Smith (2001) citado en Arrivillaga y Borrero (2016), para comprender las diferencias entre el acceso, uso, calidad y resultados de salud entre distintos grupos de población, es esencial definir claramente el término “necesidad”. Plantean que lograr este propósito implica evaluar a un individuo de cada grupo de personas involucradas que presente un nivel específico de necesidad clínica, teniendo en cuenta al mismo tiempo sus situaciones sociales. Además, la definición de “necesidad” sigue siendo ambiguo cuando se trata del acceso a servicios de salud, debido a que muchos estudios se basan únicamente en la autoevaluación de la enfermedad, lo cual puede variar sistemáticamente entre diferentes grupos socioeconómicos. Asimismo, se destacan que existen investigaciones sobre desigualdad en el acceso que no han tomado adecuadamente en cuenta el concepto de “necesidad”. Estos estudios parten de supuestos incorrectos, como asumir que los niveles de necesidad son iguales en todos los grupos estudiados. Como resultado, no se consideran de manera explícita las necesidades específicas de cada grupo socioeconómico ni las particularidades del área donde residen las personas.

5. Modelo de acceso a servicios de salud según el derecho y la justicia social: Sobre ello, Braveman y Gruskin (2003) citado en Arrivillaga y Borrero (2016), proponen que para garantizar el acceso a la atención médica es fundamental establecer la estructura básica de los sistemas de salud, lo cual implica proporcionar servicios médicos. Los expertos argumentaron que los principios guía para las instituciones de salud deben ser la equidad y los derechos humanos, abordando así tanto la pobreza como la salud de sus poblaciones. Para lograr este objetivo, sugirieron implementar estrategias en las actividades diarias del sector de la salud, para fortalecer y ampliar las funciones de la salud pública con el objetivo de crear condiciones favorables para el bienestar general, y asegurar un acceso equitativo a los servicios a través de una financiación adecuada. Por otro lado, con relación a la calidad, Ruger (2007) citado en Arrivillaga y Borrero (2016), aboga la relevancia de reconsiderar la equidad en el acceso desde una perspectiva ética diferente, la cual implica adoptar una nueva perspectiva sobre la equidad y la justicia en el ámbito de los servicios de salud. Agrega que, el objetivo consiste en asegurar que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para disfrutar de una buena salud en condiciones sociales adecuadas. Esto requiere examinar las disparidades en los recursos de atención médica, evaluar la calidad de estos recursos y su efectividad para mejorar el bienestar de las personas.

6. Modelo de acceso a servicios de salud según la Organización Mundial de la Salud: Sánchez-Belmont (2016), menciona que, la estructura teórica propuesta por la Organización Mundial de la Salud señala que los diversos elementos esenciales de los sistemas de salud trabajan en conjunto de forma coordinada para potenciar la extensión, el alcance, la excelencia y la protección de los servicios de atención médica. En ese sentido, según Guilford *et al.* (2002) citado en Sánchez-Belmont (2020), resaltan la relevancia de tener en cuenta diversos factores al tratar el acceso a los servicios. Entre estos factores se encuentran la disponibilidad de los servicios, la capacidad para brindar atención igualitaria a todas las personas y los obstáculos potenciales que podrían dificultar su utilización. Estos obstáculos pueden englobar aspectos relacionados con individuos, aspectos económicos, organizacionales y socioculturales. Asimismo, Evans *et al.* (2013) citado en Sánchez-Belmont (2020), la Organización Mundial de la Salud plantea que garantizar un acceso efectivo a los servicios de salud implica considerar tres

aspectos fundamentales. En primer lugar, se hace referencia a la accesibilidad física, lo cual significa que se deben contar con servicios de calidad disponibles a una distancia razonable para todos aquellos que los necesiten, y, además, es importante contar con una organización que facilite su utilización cuando sea necesario. En segundo lugar, se enfatiza la asequibilidad financiera, es decir, la capacidad de las personas para pagar por los servicios sin experimentar dificultades económicas. Esto incluye tanto el costo directo de los servicios como los gastos indirectos, como los relacionados con el transporte hacia la clínica o la pérdida de ingresos debido a la atención médica. Por último, se resalta la importancia de la aceptabilidad, que está vinculada a la disposición de las personas para buscar y utilizar los servicios. Aspectos como el lenguaje, el género, la etnicidad o la religión pueden influir en la disposición de las personas para acceder a dichos servicios.

Sobre las barreras de acceso a la atención sanitaria, Abram *et al.* (2008) citado en Landázuri (2019) indica que son impedimentos que dificultan el alcance a los servicios de apoyo y orientación; así también, las dificultades para conseguir resultados favorables. De acuerdo a ello, se reconoce que existe una relación entre la disponibilidad de recursos y la capacidad para generar servicios; en ese sentido, el uso de esos servicios debería ser un consumo efectivo, por lo que considera que la equidad de acceso a servicios de sanitarios es resultado de la compensación entre los elementos que resisten al acceso y la capacidad de acceder a los servicios (León *et al.*, 2018).

Arias *et al.* (2020), menciona que, de acuerdo a la Sociedad Real de Medicina, se consideran la existencia de barreras que obstaculizan el uso de los servicios de salud, las cuales se detallan como: a) Las barreras personales incluyen la percepción del paciente sobre sus necesidades médicas y la búsqueda de atención, así como sus experiencias pasadas con servicios médicos que afectan su capacidad para acceder a la atención médica. b) Las barreras económicas son especialmente relevantes en el caso de servicios de salud privados. Aunque los servicios públicos suelen ser gratuitos, pueden surgir costos adicionales que no se tienen en cuenta y que los pacientes no pueden afrontar, como pérdida de salario debido a ausencias laborales, gastos de transporte para llegar a centros médicos o servicios dentales, entre otros. c) Las barreras organizativas hacen referencia a los

retrasos y tiempos de espera causados por una alta demanda o un uso ineficiente de los recursos en el sistema de salud. d) Las barreras sociales y culturales se refieren a las restricciones impuestas por las normas sociales para acceder a los servicios de salud, así como a los factores culturales que afectan a individuos o grupos y limitan su acceso a la atención médica.

Para la presente investigación se han establecido barreras de acceso a los servicios de la salud mental de acuerdo a la revisión bibliográfica encontrada y se han determinado las siguientes barreras:

a) Barreras geográficas, la cual se determina por los obstáculos de distancia, tiempo y costo de traslado (Arias *et al.*, 2020), así como, por las dificultades físicas o emocionales que limitan el desplazamiento desde el domicilio hasta el centro de atención (Frenk, 1985 citado en Cosar, 2017), es decir, se generan por las características geográficas que obstaculizan el acceso de las personas a los servicios de salud (Arnaudo, 2017).

b) Barreras económicas, asociadas al costo de los servicios, así como el nivel de ingreso de los usuarios ((Frenk, 1985 citado en Cosar, 2017). Los cuales surgen a consecuencia del pago directo por recibir la atención sanitaria, los gastos de hospitalización, medicamentos, incluso el pago de transporte; además, se incrementan con los diferentes sistemas de seguros que condicionan el acceso a los servicios de atención en función a la existencia o ausencia de una vinculación con seguro de salud. (Arnaudo,2017).

c) Barreras de conocimiento, anexo a la escasa autoconciencia acerca de su propia enfermedad mental (Smith *et al.*, 2013, citado en Saavedra y Galea, 2020) y al desconocimiento del proceso para solicitar una atención (Cavero *et al.*, 2018).

d) Barreras actitudinales, como el estigma y aislamiento (Gómez-Restrepo *et al.*, 2021; Olawande *et al.*, 2020), la desconfianza hacia el tratamiento y los profesionales (Penchasky y Thomas, 1981 citados en Báscolo, 2018), asimismo, se considera las creencias culturales como la percepción de no necesitar una atención, la autorrecuperación y la creencia de que sus problemas no son graves (Cavero *et al.*, 2018), la no disponibilidad de tiempo (Saavedra y Galea, 2020) y el miedo a generar adicción a los medicamentos psiquiátricos o que no resulten eficaces en recuperar su salud (Bartels *et al.*,2021),

e) Barreras institucionales, como la escasez de profesionales, los horarios de atención poco flexibles, el tiempo de espera para recibir atención (Cavero *et al.*, 2018), el seguro que no cubre los requerimientos de atención de salud mental (Barboza *et al.*, 2020) y los complejos requisitos y trámites administrativos para acceder a los servicios (Arnaudo, 2017).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

El estudio fue clasificado como investigación aplicada, ya que se centra en la aplicación práctica de la teoría para abordar situaciones concretas, empleando los hallazgos, descubrimientos y soluciones propuestos en el objetivo del estudio; además, los objetivos perseguidos en este enfoque son principalmente de naturaleza explicativa o predictiva (Hadi *et al.*, 2023). Para la investigación realizada se inició con la bibliografía encontrada sobre los impedimentos que obstaculizan el acceso a los servicios de salud mental y se corroboró a través del cuestionario aplicado a los colaboradores y trabajadores de proyectos sociales, quienes se han relacionado de forma cercana con beneficiarios de proyectos sociales que estuvieron afectados por problemas emocionales con el objetivo de proponer el protocolo de gestión. Con relación al método lógico o inferencial, es de tipo inductivo, según Quincho-Apumayta *et al.* (2022), quienes lo explican cómo el proceso lógico para adquirir conocimiento avanzando desde lo particular hasta lo general; por lo que este método permite describir las pautas que causan los fenómenos de estudio.

3.1.2. Diseño de investigación

De acuerdo a Maldonado *et al.* (2023), el diseño es mixto, pues la base de este análisis consistió en unir enfoques cualitativos y cuantitativos, empleando métodos detallados, sistemáticos y fundamentados. Además, para Quincho-Apumayta *et al.* (2022), este enfoque representa una total fusión entre las metodologías cualitativa y cuantitativa, que se integran plenamente durante todo el proceso de investigación, lo que te permitirá obtener una visión más completa e integral de las barreras de acceso y de la relevancia del protocolo de gestión propuesto. En ese sentido, se considera cuantitativo, pues emplea enfoques basados en métodos y técnicas numéricas que abarcan la observación y medición de las unidades de análisis, la selección de muestras y el análisis estadístico (Ñaupas *et al.* (2018). Los datos cuantitativos serán recopilados de la muestra mediante

el cuestionario que proporcionará información sobre la percepción del nivel de barrera de acceso, así como, las barreras de acceso más frecuentes. Con el análisis de la información cuantitativo se proyectará el impacto de estrategias en el protocolo de gestión. De acuerdo a Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), se considera cualitativa, ya que es el camino que se va revelando o tomando forma a medida que se desarrolla la investigación, dependiendo del contexto y los eventos que surgen durante el proceso, es decir, es el diseño del protocolo de gestión.

De acuerdo a Maldonado (2023), el enfoque utilizado en el diseño de investigación fue no experimental, pues las variables de investigación no se manipularon ni se sometieron a estímulos. Los participantes fueron evaluados en su entorno natural evitando alterar alguna situación, por lo que las variables de estudio no son modificadas. Además, es de tipo transversal, pues se recogió los datos en un solo momento y solo una vez (Maldonado,2023). Y es descriptiva, como lo explica Quincho-Apumayta *et al.* (2022), pues se aplica cuando el investigador interpreta la realidad asumiendo su manifestación en el entorno presente, en su estado natural, sin llevar a cabo ninguna intervención en dicho contexto.

3.2. Variables y operacionalización

De acuerdo a Maldonado (2023), una variable hace alusión a las características particulares o atributos específicos que serán investigados. Las cuales son identificadas y descritas luego de llevar a cabo un minucioso análisis de la literatura relacionada con el tema seleccionado, considerando su posibilidad, viabilidad y pertinencia para la investigación científica. Para Aceituno *et al.* (2020) citado en Hadi *et al.* (2023), la variable fusiona una cualidad cuantificable como la representación lógica y conceptual del fenómeno de estudio, lo que significa que la variable sea factible de medición en cuanto a sus características. En ese sentido, la operacionalización de las variables según Moran y Alvarado (2010) citado en Hadi *et al.* (2023), implica que se aplique distintos métodos y perspectivas para evaluar la variable que se está estudiando mediante procesos, para descomponer y analizar los

elementos que constituyen la variable de estudio con la finalidad de medirla de forma exacta.

V1: Protocolo de gestión

La definición conceptual El protocolo de gestión es un conjunto de normas o directrices que se han establecido previamente por consenso; por lo que se convierte en un documento que explica cómo actuar frente a distintas situaciones, donde se detalla comportamientos, acciones y métodos que se consideran adecuados para afrontar la situación identificada. (Sánchez, 2018). A través del diseño de un protocolo de gestión será posible realizar un diagnóstico inicial, plasmar objetivos, plantear estrategias, planificar y supervisar los procesos que requieren ser orientados para alcanzar los objetivos, logrando una gestión eficiente y efectiva.

La definición operacional. El protocolo de gestión es una variable propositiva, pues recopila un conjunto de estrategias, procedimientos y pautas que se presentan como propuesta para llevar a cabo una determinada actividad o alcanzar un objetivo específico. La variable de protocolo de gestión consta de 3 dimensiones: preparación, elaboración y aprobación. La variable protocolo de gestión no será medida, pues es un documento de propuesta.

V2: Barreras de acceso a los servicios de la salud mental

La definición conceptual. De acuerdo a lo mencionado por Abram *et al.* (2008) citado en Landázuri (2019), son impedimentos que dificultan el alcance a los servicios de apoyo y orientación; así también, las dificultades para conseguir resultados favorables. En otras palabras, son aquellas brechas, obstáculos o dificultades entre la persona que requiere servicios que atienden la salud mental y la atención en salud mental efectiva.

La definición operacional. Las barreras de acceso a servicios de la salud mental es una variable cuantitativa de escala ordinal y consta de 5 dimensiones: Geográfica, Económico, Conocimiento, Actitudinal e Institucional. De manera operacional, es el puntaje obtenido mediante la

aplicación del cuestionario, siendo la suma general y de cada dimensión el nivel de barrera de acceso identificado.

Tabla 1

Dimensiones del cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental proyectos sociales.

Dimensión	Ítems
Geográfica	1,2,3 y 4
Económica	5,6,7 y 8
Conocimiento	9,10 y 11
Actitudinal	12,13,14,15,16,17,18
Institucional	19,20,21,22,23

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Población

La población, según lo mencionado por Arias-Gómez (2016), es un grupo de individuos que forman un preciso conjunto de casos debidamente definidos, con límites nítidos y de fácil acceso. Además, será un punto inicial para seleccionar la muestra de acuerdo a criterios establecidos previamente. Por su parte, Ruiz y Valenzuela (2022) explican que cada persona dentro de la población comparte atributos o características similares que se deben tener en cuenta al realizar la deducción. En concordancia con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), establecer las características peculiares de una población está relacionada con los objetivos de la investigación y con algunas consideraciones prácticas. En ese sentido, la población la conformaron 45 trabajadores y/o colaboradores de proyectos sociales. Para el presente estudio se han considerado algunas características que se detallan a continuación,

a) criterios de inclusión: Colaboradores y trabajadores de proyectos sociales, mayores de 18 años, con experiencia laboral

mínima de 6 meses, relacionada con beneficiarios de proyectos sociales que hayan presentado algún problema de salud mental y que acepten participar del estudio.

b) criterios de exclusión: Personas que no colaboren o trabajen en proyectos sociales, que sean menores de edad, sin experiencia o experiencia laboral menor a 6 meses, relacionada con beneficiarios de proyectos sociales que hayan presentado problemas de salud mental y que no acepten participar del estudio.

3.3.2. Muestra

Arispe *et al.* (2020) hace referencia a que la muestra es un grupo reducido de personas que pertenecen a la población de estudio, de las cuales se obtiene información. También, indica que trabajar con un grupo pequeño conlleva ventajas en términos de eficiencia y ahorro, tanto de tiempo como de costos; además, cuando se realiza de manera adecuada, esta forma de trabajo puede mejorar la precisión y la exactitud de la información recopilada. Asimismo, Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) mencionan que la muestra es una parte específica de todos los individuos de la población, la cual es objeto de recolección de datos y debe ser un reflejo real de la población si se pretende generalizar los resultados de manera más amplia. Polanía *et al.* (2020) refieren que la muestra es definida como un conjunto de elementos de tamaño apropiado para garantizar la representación exacta de características de la población de estudio y mientras se disponga de una población definida con claridad es posible obtener un listado que incluya a individuos con todas las características establecidas. Por consiguiente, al ser una población menor a 100 datos, la muestra para el estudio fue la misma que la población la cual fue constituida por 45 trabajadores y/o colaboradores de proyectos sociales identificados bajo los criterios previamente establecidos.

3.3.3. Unidad de análisis

En concordancia con Hadi *et al.* (2023) la unidad de análisis se comprende como el componente o sujetos de la investigación del cual se recolectan los datos o información que serán examinados, por

consecuencia, para el presente estudio fueron los colaboradores o trabajadores de proyectos sociales, es decir personas.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

De acuerdo a Hadi *et al.* (2023), la recolección de datos hace referencia a un procedimiento para obtener datos significativos con el propósito de llevar a cabo una investigación; en ese sentido, pueden emplearse técnicas como entrevistas, encuestas, observaciones, experimentos, etc. Cada una de las técnicas presenta en sí misma fortaleza y limitaciones, por lo que el investigador debe elegir la más adecuada su investigación, considerando el objetivo y alcance del estudio. Para Romero *et al.* (2023), son procedimientos y recursos empleados para obtener datos e información necesaria con el fin de aprobar o contrastar una hipótesis de investigación.

Instrumento

En la presente investigación se aplicó encuestas tipo cuestionarios como lo expresaron Quincho-Apumayta *et al.* (2022), quienes indican que esa metodología implica la recolección de datos de una muestra representativa tomada de una población. Además, se trata de indagar la opinión que un conjunto de individuos posee sobre una situación o tema en particular (Polanía *et al.*, 2020). Los cuestionarios son un tipo de encuesta que implica la creación de un conjunto de preguntas estructuradas en un formulario; las cuales se elaboran de tal forma que están vinculadas a los objetivos, variables y dimensiones de la investigación (Romero *et al.*, 2023). En base a ello, se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas y fue compuesto de cinco dimensiones sobre barreras de acceso a los servicios de salud mental. Las respuestas fueron en escala de Likert y recopilaron información sobre la percepción de colaboradores y trabajadores de proyectos sociales basados en su experiencia en el trabajo con beneficiarios de proyectos sociales que presentaron algún problema de salud mental.

Ficha técnica

Nombre	: Cuestionario de barreras de acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales según la percepción de los trabajadores de proyectos sociales.
Autor	: Karen Patricia Calongos Vallejos
Año	: 2023
País	: Perú
Número de ítems	: 23
Edades	: De 18 a más
Dimensiones	: Geográfica, Económica, Conocimiento, Actitudinal e Institucional
Forma de aplicación	: Autoadministrable, individual o colectiva.
Tiempo	: No hay tiempo límite, se resuelve entre 10 a 15 min
Materiales	: Hojas impresas y lápiz o link de formulario.
Calificación	: Manual
Normas de calificación:	El cuestionario de barreras de acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales se califica según escala de Likert con 5 alternativas de 1 a 5 puntos, de la siguiente forma (1= “Totalmente en desacuerdo”, 2= “En desacuerdo”, 3= “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 4= “De acuerdo” y 5= “Totalmente de acuerdo”). El objetivo es medir el nivel de las barreras de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales, de acuerdo a la percepción de los trabajadores o colaboradores de proyectos sociales. Para categorizar las barreras de acceso se utilizaron los siguientes baremos según los puntajes generales y por dimensiones:

Tabla 2

Baremos de niveles de las barreras de acceso a servicios de salud mental en proyectos sociales en beneficiarios de proyectos sociales.

Puntaje general	Nivel
23 - 53	Nivel Bajo
54 - 84	Nivel Medio
85 - 115	Nivel Alto

Nota: La tabla 2 se elaboró con la intención de identificar el nivel general de barrera de acceso a servicios de salud mental, por lo cual se utilizó el mayor puntaje que se podría obtener del cuestionario y se dividió en 3 niveles según los criterios a investigar.

Tabla 3

Baremos de niveles de las dimensiones del cuestionario de barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

Dimensión	Puntaje	Nivel
<i>Geográfica y Económica</i>	4 - 9	Nivel Bajo
	10 - 14	Nivel Medio
	15 - 20	Nivel Alto
<i>Conocimiento</i>	3 - 7	Nivel Bajo
	8 - 11	Nivel Medio
	12 - 15	Nivel Alto
<i>Actitudinal</i>	7-16	Nivel Bajo
	17-26	Nivel Medio
	27-35	Nivel Alto
<i>Institucional</i>	5 - 11	Nivel Bajo
	12 - 18	Nivel Medio
	19 - 25	Nivel Alto

Nota: La tabla 4 se elaboró con la intención de identificar el nivel de cada dimensión de las barreras de acceso a la salud mental, por lo cual se utilizó el mayor puntaje que se podría obtener por dimensión y se dividió en 3 niveles según los criterios a investigar.

Validez y confiabilidad

Según a Useche *et al.* (2019), la validación de un instrumento implica examinar la pertinencia del mismo para medir de forma precisa y en concordancia con los objetivos y características establecidas; además, se utilizaron dos enfoques comunes para llevar a cabo esta validación: la validación de contenido y la validación de constructo. En la presente investigación, se empleó la validez de contenido, como lo explica Arispe *et al.* (2020), es un tipo de validez que hace referencia a la medida en que el instrumento refleja con precisión el contenido y las características que se desea evaluar, es decir, busca determinar en qué medida los elementos incorporados en el cuestionario representan de manera adecuada las características deseadas. En consecuencia, la validez de contenido se realizó mediante la evaluación de claridad y relevancia por especialistas en el tema, la cual se llevó a cabo por cuatro expertos con grado de magíster o doctorado (Ver Tabla 4). Además, se analizó la validez de constructo mediante el Alfa de Cronbach (0.841) en los 23 ítems, y se determinó que existe un alto índice de confiabilidad (Ver Tabla 5).

Tabla 4

Validación por jueces expertos de la variable barreras de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

N°	Grado Académico	Experto	Especialidad	Evaluación
1	Dra.	Julissa Rita Oyanguren Amorós	Docencia universitaria e investigación	Aplicable
2	Mg.	Hugo Alejandro Manrique Chicoma	Docencia universitaria, consultor de ONG	Aplicable
3	Dra.	Guadalupe Mercado Cordero	Docencia universitaria e investigación	Aplicable
4	Dra.	Jenny Rosmery Sanchez Huaman	Docencia y gestión pública.	Aplicable

Tabla 5

Confiabilidad del Cuestionario de barreras de acceso a la salud mental en proyectos sociales

Alfa de Cronbach	N
,841	23

3.5. Procedimientos

Para iniciar la investigación, en primer lugar, se recolectó información bibliográfica acerca de los obstáculos para acceder a servicios de salud mental. Después, se elaboró un cuestionario que recogía los posibles obstáculos que atraviesan los beneficiarios de proyectos sociales para acceder a una atención de la salud mental. Luego, se llevó a cabo la validación por cuatro jueces expertos y se elaboró un cuestionario en línea a través de google form que recopiló los 23 ítems para una aplicación más práctica. Simultáneamente, se contactó a los posibles participantes y se les preguntó sobre su disposición de participar en la investigación. A continuación, los participantes procedieron a completar el consentimiento informado y respondieron el cuestionario que evalúa las dificultades de acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales. Posteriormente, se recolectaron los datos utilizando una hoja de cálculo de Excel, que fue exportada desde un formulario de Google. Estos resultados se introdujeron posteriormente en el programa estadístico SPSS 27 para realizar los análisis requeridos. Finalmente, se creó el protocolo de gestión.

3.6. Método de análisis de datos

Al principio, se procedió a validar el instrumento mediante la valoración de 4 expertos en la materia. También, se efectuó un análisis de la fiabilidad interna empleando el coeficiente Alfa de Cronbach.

Los datos recopilados a través del cuestionario se introdujeron en una base de datos y luego se analizó y procesó con el software estadístico SPSS versión 27.

Después de presentar los datos sobre las barreras de acceso a los servicios de salud mental utilizando estadísticos descriptivos en tablas de frecuencia y gráficos de barras, se evaluó la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk debido a que la muestra fue de 45 participantes. Según el valor de sigma obtenido, se determinó si los datos seguían una distribución normal. Los resultados mostraron que los datos no cumplían con la distribución normal ($p < 0.05$), por lo que se procedió a utilizar estadísticos no paramétricos.

Finalmente, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para cada dimensión de las barreras de acceso a los servicios de salud mental, con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre los indicadores de cada dimensión. Asimismo, se aplicaron análisis de frecuencia para identificar los obstáculos más comunes en el acceso a los servicios de salud mental. Utilizando estos hallazgos como base, se diseñó un protocolo de gestión con el objetivo de proponer estrategias que reduzcan las barreras de acceso a los servicios de salud mental.

3.7. Aspectos éticos

Para realizar el estudio, fue necesario llevar a cabo una minuciosa investigación que implicó buscar fuentes bibliográficas internacionales y nacionales sobre las barreras de acceso a servicios de la salud mental. Luego, se identificó a colaboradores y/o trabajadores de proyectos sociales con los cuales la investigadora tiene contacto laboral y relacional. Después, se detalló el objetivo de la investigación y la libertad de retirarse en cualquier momento. Posteriormente, se compartió el cuestionario en formato virtual y los que estuvieron de acuerdo en participar de la investigación, afirmaron voluntariamente su deseo de participar. Finalmente, se consideraron las pautas de investigación en sujetos humanos y las buenas prácticas clínicas.

En cuanto al consentimiento informado que respaldó la participación en la investigación, se incluyeron los siguientes elementos: el propósito del estudio, la participación de manera voluntaria, la opción de retirarse en cualquier momento y la protección de la confidencialidad de la información proporcionada. (Ver ANEXO 3).

IV. RESULTADOS

Los resultados de la investigación fueron utilizados como diagnóstico inicial para el diseño del protocolo de gestión, por lo que fue indispensable identificar nivel de barreras de acceso a servicios de salud mental, así como, los indicadores más frecuentes que repercuten frente a esta problemática para en función a ellos elaborar las estrategias y reducir las barreras de acceso. Se aplicó el cuestionario sobre barreras de acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales a 45 trabajadores o colaboradores de proyectos sociales, los resultados indicaron lo siguiente:

Objetivo 1: Analizar de forma general las barreras de acceso a servicios de la salud mental en proyectos sociales

Tabla 6

Nivel general de las barreras de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	Nº	%
Medio	8	17,8
Alto	37	82,2
Total	45	100,0

En la Tabla 6 se puede apreciar que, al analizar las respuestas de las personas encuestadas sobre los obstáculos que enfrentan al intentar acceder a los servicios de salud mental, el 82.2% percibió estos obstáculos con un nivel alto, mientras que el 17.8% los consideró de nivel medio. En resumen, todas las personas encuestadas están de acuerdo en que existen diversas barreras para acceder a los servicios de salud mental, variando en su grado de impacto.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos de las barreras de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N	Mínimo	Máximo	Media
Barrera geográfica	45	12	20	16,53
Barrera económica	45	13	20	16,91
Barrera de conocimiento	45	7	15	12,47
Barrera actitudinal	45	21	35	26,82
Barrera institucional	45	12	25	20,27
N válido (por lista)	45			

De la Tabla 7, se aprecia que el mayor promedio fue para la barrera actitudinal con 26,82 seguida de la barrera institucional con 20,27. En tercer lugar, se ubicó la barrera económica con un promedio de 16,91; mientras que, en cuarto lugar, se observó a la barrera geográfica con 16,53 y el promedio final corresponde a la barrera de conocimiento con 12,47.

Tabla 8

Frecuencia de las barreras de acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Suma	%
Barrera geográfica	762	17.8%
Barrera económica	777	18.2%
Barrera de conocimiento	574	13.4%
Barrera actitudinal	1229	28.7%
Barrera institucional	933	21.8%
Total	4275	100%

De la Tabla 8, se observa que la mayor barrera para acceder a servicios de salud mental fue la barrera actitudinal con 28.7 % la cual incluye características personales como la percepción del estigma, considerar que el problema de salud mental no es lo suficientemente grave como para buscar ayuda profesional o la no disponibilidad de tiempo para acudir a una atención. En segundo lugar, se observa a la barrera institucional con 21.8 % la cual mencionó obstáculos que se perciben

desde los establecimientos de salud. En tercer lugar, se ubicó la barrera económica con 18.2 % la cual corresponde a dificultades como pago de la atención; y, en cuarto lugar, se identificó a la barrera geográfica con 17.8 % relacionada con la distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud, o al tiempo que se debe emplear para trasladarse. En último lugar, se halló a la barrera de conocimientos con un 13.4% la que incluyó obstáculos como desconocimiento de síntomas de problemas de la salud mental o desconocimiento de servicios de la salud mental disponibles en su comunidad o establecimiento de salud correspondiente.

Objetivo 2: Analizar cada una de las dimensiones de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales

Tabla 9

Nivel de la dimensión barrera geográfica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N°	%
Medio	6	13,3
Alto	39	86,7
Total	45	100,0

Se identifica en la Tabla 9, que el 86.7 % de personas indicaron que las barreras de tipo geográfico como la distancia, dificultades físicas o emocionales para trasladarse, incluso el tiempo de traslado fueron barreras altas para el acceso a los servicios de salud. Mientras que, el 13.3 % indicó que estas barreras corresponden a un nivel medio

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera geográfica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N	Mínimo	Máximo	Media
Distancia	45	1	5	4,02
Limitación física	45	2	5	4,16
Limitación emocional	45	2	5	4,18
Tiempo de traslado	45	2	5	4,18
N válido (por lista)	45			

En la Tabla 10, se observa que el promedio para el indicador de distancia como barrera geográfica fue del 4,02. Con relación al indicador de limitación física como obstáculo para desplazarse al establecimiento de salud, el promedio fue de 4,16. Además, el indicador sobre limitación emocional que dificultó el desplazamiento al establecimiento de salud y el tiempo de traslado tuvieron un promedio de 4,18.

Tabla 11

Nivel de la dimensión barrera económica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N°	%
Medio	4	8,9
Alto	41	91,1
Total	45	100,0

Según la Tabla 11, en lo que respecta a los obstáculos económicos para acceder a servicios de salud mental, el 91.1% estuvo de acuerdo en que el bajo nivel económico, la falta de seguro médico, los costos de tratamiento y los gastos de transporte son barreras de alto nivel. Sin embargo, el 8.9% de los encuestados opinó que estas dificultades son una barrera de nivel medio.

Tabla 12

Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera económica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	N	Mínimo	Máximo	Media
Costo de atención	45	2	5	3,89
Costo de traslado	45	3	5	4,18
Bajos ingresos económicos	45	2	5	4,29
Carencia de seguro de salud	45	3	5	4,56
N válido (por lista)	45			

En la Tabla 12 se muestra cómo diversos factores afectan el acceso a los servicios de salud mental desde una perspectiva económica. El elemento más significativo fue la carencia de un seguro de salud, el cual obtuvo una puntuación de 4,56. En segundo lugar, se encuentran los bajos ingresos económicos con un promedio de 4,29. En tercer lugar, se ubicó el costo de traslado con 4,18. Y, en último lugar, se observó al costo de atención con 3,89.

Tabla 13

Nivel de la dimensión barrera de conocimientos de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N°	%
Bajo	1	2,2
Medio	11	24,4
Alto	33	73,3
Total	45	100,0

Se distingue en la Tabla 13 que, con relación a las barreras de conocimiento, la mayoría de las personas encuestadas, aproximadamente el 73.3%, señalaron que aspectos como la falta de conocimiento sobre los síntomas de problemas de salud mental, la falta de información acerca de los servicios de salud mental disponibles y el desconocimiento de los pasos para solicitar atención en salud mental fueron obstáculos con un alto nivel. Además, un 24.4% mencionó que estas barreras tienen un nivel medio, y solo un 2.2% percibió estas barreras como de bajo nivel.

Tabla 14

Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera de conocimiento de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	N°	Mínimo	Máximo	Media
Desconocen proceso de atención	45	2	5	3,96
Desconocen servicios de salud mental	45	2	5	4,16
Desconocen síntomas	45	2	5	4,36
N válido (por lista)	45			

En la Tabla 14 se presenta la información acerca de la puntuación promedio para diferentes indicadores relacionados con el desconocimiento de los síntomas de problemas de salud mental y el acceso a servicios de salud mental. Según los resultados, el indicador que mostró la mayor dificultad de acceso a servicios de salud mental tiene una puntuación de 4.36, lo cual indica que los servicios sanitarios

de salud mental son menos accesibles para la población. Por otro lado, el indicador que refleja el desconocimiento de los servicios de salud mental disponibles en la comunidad o establecimiento de salud obtuvo una puntuación de 4.16, lo que indica que los beneficiarios no saben qué servicios de salud mental gratuitos o privados están disponibles para ellos. Finalmente, se observó que el desconocimiento de los pasos para solicitar atención en salud mental tiene una puntuación de 3.96.

Tabla 15

Nivel de la dimensión barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N°	%
Medio	18	40,0
Alto	27	60,0
Total	45	100,0

En la Tabla 15 se puede observar que el 60% de los participantes de la encuesta calificaron a las barreras actitudinales, como el estigma, la desconfianza hacia el personal de salud mental, el temor a un tratamiento ineficaz, el miedo a los medicamentos psiquiátricos y otros con un nivel alto. Por otro lado, el 40% consideró que estas barreras actitudinales tenían un nivel medio.

Tabla 16

Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N°	Mínimo	Máximo	Media
Temor a tratamiento no efectivo	45	2	5	3,47
Desconfianza en profesionales de salud mental	45	2	5	3,58
Temor a medicamentos psiquiátricos	45	1	5	3,69
Problema SAME manejado por ellos	45	2	5	3,82
No disponen de tiempo	45	2	5	3,89
Problema SAME no grave	45	2	5	4,11
Estigma	45	3	5	4,27
N válido (por lista)	45			

*SAME: Salud Mental

De la Tabla 16, se estima que el promedio para el indicador de estigma relacionado a problemas de salud mental fue del 4,27; asimismo, el indicador relacionado a considerar el problema de salud mental como no grave fue del 4,11; lo que en consecuencia genera que no busquen ayuda profesional. El indicador de no disponibilidad de tiempo fue del 3,89 debido a que los beneficiarios priorizan sus horarios de trabajo en lugar de acudir a buscar una atención; además, el indicador asociado a considerar que sus problemas de salud mental pueden ser solucionados por ellos mismos tuvo el promedio de 3,82. En ese sentido, se agrega el indicador de temor a generar adicción a los medicamentos psiquiátricos con un 3,69; mientras que el promedio del indicador relacionado a la desconfianza hacia los profesionales de salud mental es de un 3,58 al considerarlos inexpertos o muy jóvenes para brindarles ayuda, y, finalmente, se ubica el indicador relacionado con el temor a obtener un tratamiento poco efectivo para su malestar emocional con un 3,47.

Tabla 17

Nivel de la dimensión barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N°	%
Medio	13	28,9
Alto	32	71,1
Total	45	100,0

Se valora que en la Tabla 17, el 71.1 % de personas encuestadas percibieron con un nivel alto a las barreras institucionales como la carencia de profesionales de la salud mental, los horarios de atención poco flexibles, el tiempo de espera, el tipo de seguro y los trámites complejos. Por otro lado, el 28.9 % percibieron estas barreras con un nivel medio.

Tabla 18

Estadísticos descriptivos de la dimensión barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	N	Mínimo	Máximo	Media
Seguro con limitaciones	45	1	5	3,80
Horarios poco flexibles	45	2	5	3,84
Carencia de profesionales de salud mental	45	2	5	4,07
Requisitos complejos	45	2	5	4,13
Tiempos de espera/colas	45	2	5	4,42
N válido (por lista)	45			

En la Tabla 18, se analiza que, el promedio del indicador asociado a los tiempos de espera por una atención y las largas colas correspondieron al 4,42. Asimismo, el indicador que engloba los trámites y requisitos complejos para solicitar una atención en salud mental fue del 4,13. Con relación al promedio del indicador que menciona la carencia de profesionales de salud mental para responder a la demanda de la población del 4,07. Además, el promedio del indicador que menciona los horarios poco flexibles fue del 3,84 debido a que los turnos de atención coinciden con el horario laboral de los beneficiarios, lo que genera dificultades de acceso a los servicios de salud mental. Finalmente, el promedio del indicador asociado a contar con un seguro de salud que restrinja los servicios de salud mental es del 3,80.

Objetivo 3: Analizar los indicadores más frecuentes de las dimensiones de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales

Prueba de normalidad de datos

En la Tabla 19 se exhiben los resultados del test de normalidad Shapiro-Wilk, empleado cuando el tamaño de la muestra es inferior a 50 datos. Según dichos resultados, los valores de p son mayores a 0.05, lo cual lleva a la conclusión de que los datos se ajustan a una distribución normal. En consecuencia, se procedió a llevar a cabo un análisis de ANOVA para investigar si existen diferencias significativas entre los indicadores de las dimensiones de barreras de acceso a servicios de salud mental.

Tabla 19

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para la variable barreras de acceso a servicios de la salud mental

	Estadístico	gl	Sig.
Barreras de acceso a servicios de la salud mental	0.988	45	0.923

Análisis de indicadores de las dimensiones de las barreras de acceso a servicios de la salud mental

Tabla 20

Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera geográfica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Distancia	Entre grupos	9,147	8	1,143	3,065	,010
	Dentro de grupos	13,431	36	,373		
	Total	22,578	44			
Limitación física	Entre grupos	19,028	8	2,378	8,966	<,001
	Dentro de grupos	9,550	36	,265		
	Total	28,578	44			
Limitación emocional	Entre grupos	15,481	8	1,935	8,263	<,001
	Dentro de grupos	8,431	36	,234		
	Total	23,911	44			
Tiempo de traslado	Entre grupos	15,672	8	1,959	5,300	<,001
	Dentro de grupos	13,306	36	,370		
	Total	28,978	44			

De la Tabla 20, se comprobó que, dentro de la dimensión barrera geográfica, entre los indicadores asociados a las limitaciones físicas o emocionales que dificultan el desplazamiento del beneficiario a un establecimiento de salud, así como el tiempo

empleado en el traslado sí existen diferencias significativas al obtener una significancia >0.05 . Caso diferente para el indicador de distancia entre el domicilio del beneficiario y el establecimiento de salud, el cual no es significativo en comparación con los otros indicadores al obtener una significancia <0.05 .

Tabla 21

Frecuencia de las respuestas de la dimensión barrera geográfica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Distancia	Limitación física	Limitación emocional	Tiempo de traslado
Totalmente en desacuerdo	0%	0%	0%	2%
En desacuerdo	2%	4%	4%	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11%	11%	7%	11%
De acuerdo	54%	47%	58%	60%
Totalmente de acuerdo	33%	38%	31%	25%
Total	100%	100%	100%	100%

*Porcentajes redondeados.

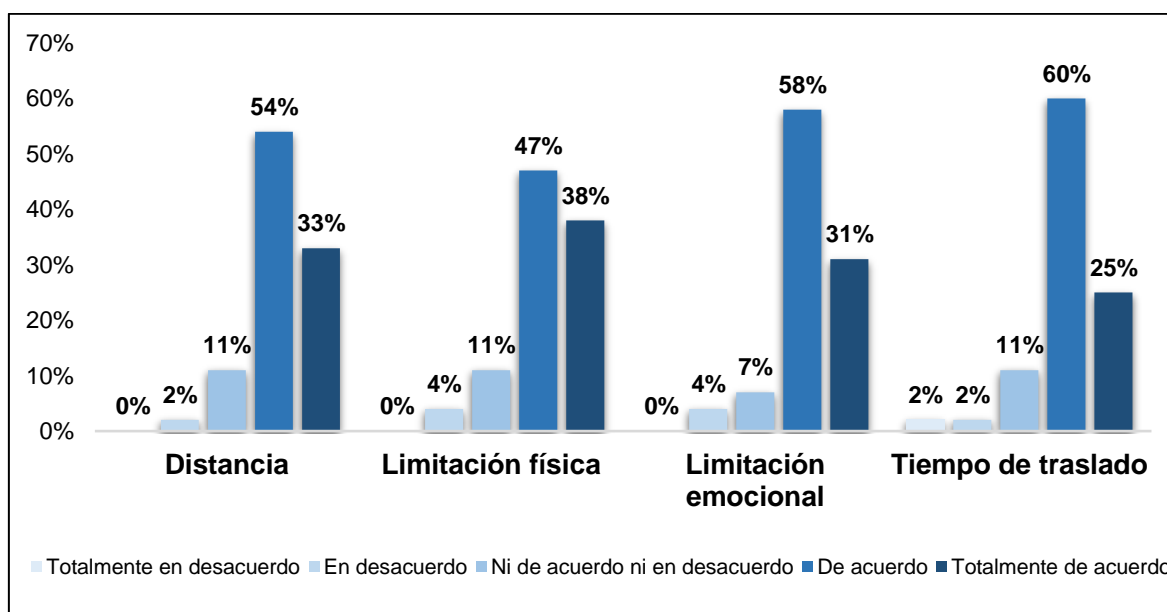


Gráfico 1. Frecuencia de respuestas a las preguntas de la dimensión barreras geográficas de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.

En la Tabla 21, se aprecia que el mayor porcentaje corresponde a las categorías de “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. En consecuencia, el indicador que explicó que las limitaciones emocionales como miedo profundo, tristeza, vergüenza o desconexión emocional son obstáculos para desplazarse desde la vivienda hasta el establecimiento de salud suman el 89% de aceptación. Luego, se identificó al indicador de distancia que suma el 87% de aceptación debido a que los establecimientos de salud se ubican en zonas alejadas de los domicilios de los beneficiarios. Asimismo, el indicador que describió a las limitaciones físicas como dificultades sensoriales, problemas para caminar o el dolor intenso suman el 85% de aceptación como dificultad geográfica para acceder a servicios de la salud mental. Finalmente, el indicador que explicó el tiempo empleado para trasladarse hacia el establecimiento de salud suma en 85% de aprobación.

Tabla 22

Porcentaje de los indicadores de la dimensión barrera geográfica de acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Suma	%
Distancia	192	25.2%
Limitaciones físicas	193	25.3%
Limitaciones emocionales	191	25.1%
Tiempo de traslado	186	24.4%
Total	762	100%

De la Tabla 22, se observa que, dentro de la dimensión barrera geográfica, la mayor dificultad de acceso fueron las limitaciones físicas con un 25.3%, pues obstaculizan que los beneficiarios acudan a una atención. En segundo lugar, se ubicó a la distancia como dificultad de acceso con un 25.2%. En tercer lugar, se observó que las limitaciones emocionales son otra dificultad importante con el 25.1% y el tiempo invertido en el traslado corresponde a la menor dificultad con un 24.4%.

Tabla 23

Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera económica de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Costo de atención	Entre grupos	23,717	7	3,388	8,512	<,001
	Dentro de grupos	14,728	37	,398		
	Total	38,444	44			
Costo de traslado	Entre grupos	10,052	7	1,436	8,141	<,001
	Dentro de grupos	6,526	37	,176		
	Total	16,578	44			
Carencia de seguro de salud	Entre grupos	3,961	7	,566	2,288	,048
	Dentro de grupos	9,150	37	,247		
	Total	13,111	44			
Bajos ingresos económicos	Entre grupos	10,594	7	1,513	6,473	<,001
	Dentro de grupos	8,651	37	,234		
	Total	19,244	44			

De la Tabla 23, se comprobó que, dentro de la dimensión barrera económica, entre todos los indicadores existen diferencias significativas al obtener una significancia >0.05. Es decir, los participantes respondieron el cuestionario asignando diferentes puntuaciones a los obstáculos como el costo de atención en salud mental, el costo de traslado para acceder a la atención de salud mental; así como, la carencia de un seguro de salud y los bajos ingresos económicos.

Tabla 24

Frecuencia de respuestas de la dimensión barrera económica a de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	Costo de atención	Costo de traslado	Carencia de seguro	Bajos ingresos económicos
En desacuerdo	9%	0%	0%	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22%	11%	2%	4%
De acuerdo	40%	60%	40%	56%
Totalmente de acuerdo	29%	29%	58%	38%
Total	100%	100%	100%	100%

*Porcentajes redondeados.

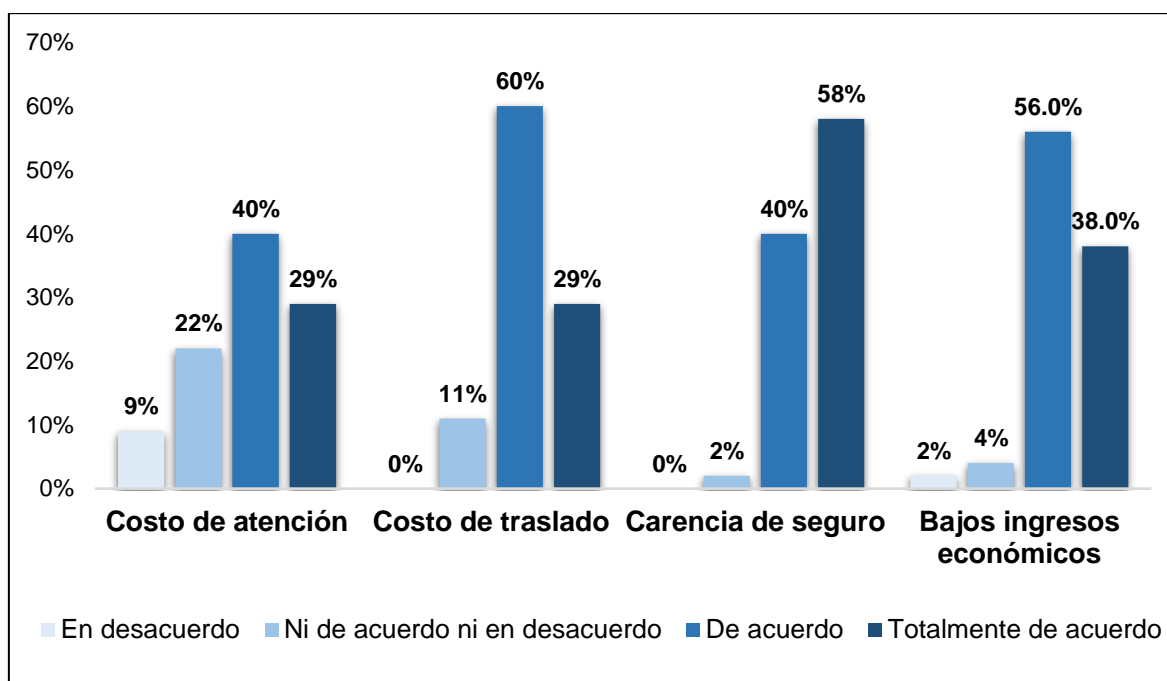


Gráfico 2. Frecuencia de respuestas a las preguntas de la dimensión barrera económica de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.

De la Tabla 24, se observa que el mayor porcentaje corresponde a las categorías de “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. Además, el indicador más frecuente fue la carencia de un seguro de salud que cubra las atenciones de salud mental el cual suma un 98 %. En segundo lugar, se observó que el indicador de bajos ingresos suma el 94% debido a que los ingresos económicos de los beneficiarios

son insuficientes para costear un pago por atención de su salud mental. En tercer lugar, se ubicó el indicador de costo de atención con una suma de 89%, la cual es otra importante dificultad de acceso. Y, en último lugar, se halló que el indicador de costo de traslado desde la vivienda hasta el establecimiento de salud suma de 69% de aceptación.

Tabla 25

Frecuencia de la dimensión barrera económica de acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Suma	%
Costo de atención	177	22.8%
Costo de traslado	192	24.7%
Carencia de seguro de salud	210	27.0%
Bajos ingresos económicos	198	25.5%
Total	777	100%

De la Tabla 25, se observa que, con relación a la dimensión barrera económica, la carencia de un seguro de salud ocupó el primer lugar con el 27% de frecuencia. Asimismo, los bajos ingresos económicos en los beneficiarios de proyectos sociales correspondieron a un obstáculo con el 25.5% de frecuencia. En tercer lugar, el costo de traslado fue una dificultad común con el 24.7% de frecuencia y en último lugar se ubicó el pago del costo de atención en salud mental con un 22.8%.

Tabla 26

Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera de conocimiento de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Desconocen síntomas	Entre grupos	8,251	2	4,125	10,788	<,001
	Dentro de grupos	16,061	42	,382		
	Total	24,311	44			
Desconocen proceso de atención	Entre grupos	11,669	2	5,834	15,087	<,001
	Dentro de grupos	16,242	42	,387		
	Total	27,911	44			
Desconocen servicios de salud disponibles	Entre grupos	13,002	2	6,501	21,151	<,001
	Dentro de grupos	12,909	42	,307		
	Total	25,911	44			

Según la Tabla 26, se puede apreciar que, en la dimensión de barrera de conocimiento, se presentaron notables diferencias entre los indicadores internos. Estos indicadores abarcaron el desconocimiento de los beneficiarios de proyectos sociales acerca de los síntomas relacionados con problemas de salud mental, así como su falta de conocimiento sobre el proceso de atención y los servicios de salud mental disponibles en su comunidad. Se observó que existen diferencias significativas al obtener una significancia <0.05 . Lo que resulta importante, pues, los participantes brindaron respuestas diversas frente a los mismos indicadores. Esto puede explicarse, por las diferentes experiencias que han tenido los trabajadores o colaboradores de proyectos sociales, pues cada beneficiario posee características únicas en torno al cuidado de su salud mental.

Tabla 27

Frecuencia de las respuestas de la dimensión barrera de conocimiento de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

	Desconocen síntomas	Desconocen proceso de atención	Desconocen servicios de salud disponibles
En desacuerdo	2%	4%	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9%	20%	15%
De acuerdo	40%	51%	47%
Totalmente de acuerdo	49%	25%	36%
Total	100%	100%	100%

*Porcentajes redondeados.

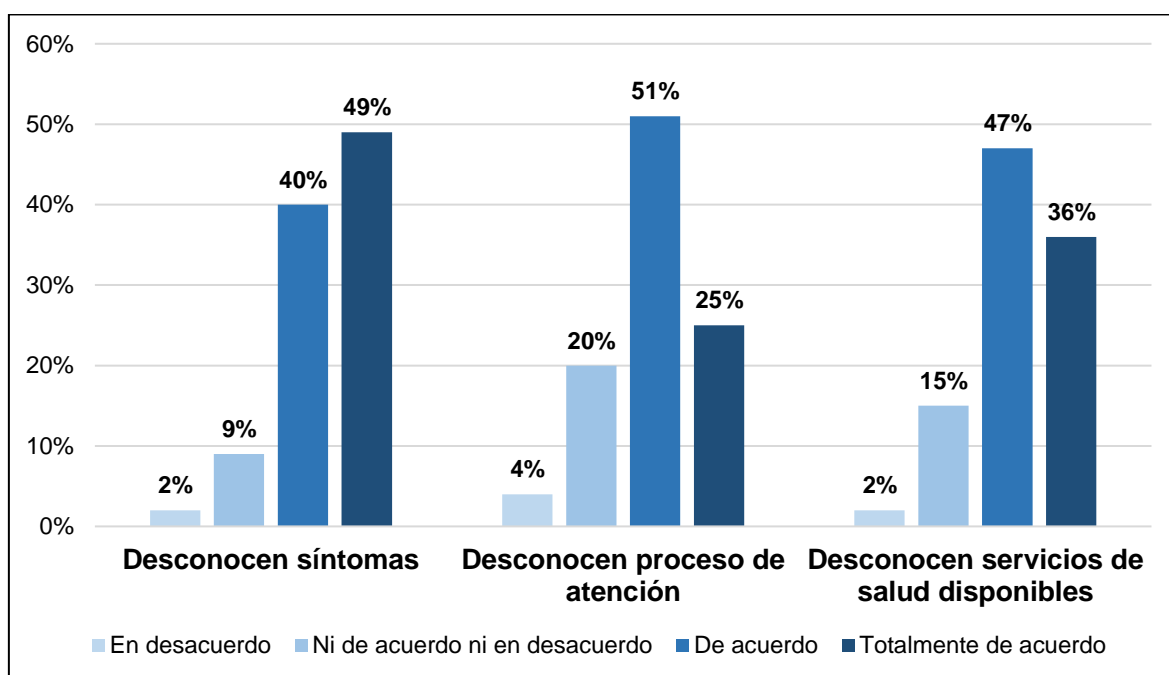


Gráfico 3. Frecuencia de respuestas a las preguntas de la barrera de conocimiento de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.

Se analiza de la Tabla 27, con relación a la dimensión barrera de conocimiento, que el mayor porcentaje corresponde a las categorías de “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. En ese sentido, en primer lugar, se precisó que el desconocimiento de

síntomas de problemas de salud mental suma de 89% de frecuencia como dificultad de acceso a los servicios de salud mental. En segundo lugar, se identificó que el desconocimiento de los servicios de salud mental disponibles en su comunidad suma el 83% debido a que los beneficiarios no están informados sobre los servicios gratuitos o de bajo costo. Y, en tercer lugar, se ubicó al desconocimiento del proceso para solicitar una atención en salud mental con la suma del 76%.

Tabla 28

Frecuencia de la dimensión barrera de conocimiento de acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Suma	%
Desconocen síntomas	201	35.0%
Desconocen proceso de atención	182	31.7%
Desconocen servicios de salud disponibles	191	33.3%
Total	574	100%

Según los resultados presentados en la Tabla 28, se pudo notar que la principal barrera que impide acceder a servicios de salud mental fue la falta de conocimiento sobre los síntomas de los problemas de salud mental, lo cual afecta al 35% de los beneficiarios de proyectos sociales. En segundo lugar, con un porcentaje del 33.3%, se destacó el desconocimiento de la disponibilidad de servicios de salud mental en sus centros de salud o comunidades. En tercer lugar, con un 31.7%, se encontró al desconocimiento del proceso para solicitar atención en salud mental.

Tabla 29

Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Estigma	Entre grupos	12,893	1	12,893	46,558	<,001
	Dentro de grupos	11,907	43	,277		
	Total	24,800	44			
Desconfianza en profesionales de salud mental	Entre grupos	6,533	1	6,533	9,228	,004
	Dentro de grupos	30,444	43	,708		
	Total	36,978	44			
Problema SAME no grave	Entre grupos	4,537	1	4,537	10,895	,002
	Dentro de grupos	17,907	43	,416		
	Total	22,444	44			
Problema SAME manejado por ellos	Entre grupos	2,133	1	2,133	3,225	,080
	Dentro de grupos	28,444	43	,661		
	Total	30,578	44			
No disponen de tiempo	Entre grupos	1,481	1	1,481	2,774	,103
	Dentro de grupos	22,963	43	,534		
	Total	24,444	44			
Temor a tratamiento no efectivo	Entre grupos	8,181	1	8,181	13,021	<,001
	Dentro de grupos	27,019	43	,628		
	Total	35,200	44			
Temor a medicamentos	Entre grupos	19,200	1	19,200	29,025	<,001
	Dentro de grupos	28,444	43	,661		
	Total	47,644	44			

*SAME: Salud Mental

De la Tabla 29, se comprobó que, entre los indicadores de las barreras actitudinales, existen diferencias de significancia. Con relación a los indicadores de estigma, desconfianza a profesionales de salud mental, así como, considerar que los problemas emocionales no son graves, temor a recibir un tratamiento poco efectivo y temor a generar adicción a los medicamentos psiquiátricos existe una

relación significativa al obtener una significancia <0.05 . Por otro lado, los indicadores como autosuficiencia para manejar sus propios problemas emocionales y la no disponibilidad de tiempo no muestran diferencias significativas al obtener una significancia >0.05 . En consecuencia, se consideró que las respuestas de los participantes con relación a la no disponibilidad de tiempo de los beneficiarios o el pensamiento de solucionar por sí mismo sus problemas emocionales han sido similares.

Tabla 30

Frecuencia de las respuestas de la dimensión barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Estigma	Desconfianza en profesionales de salud mental	Problema SAME no grave	Problema SAME manejado por ellos	No dispone n de tiempo	Temor a tratamiento no efectivo	Temor a medicamentos
Totalmente en desacuerdo	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
En desacuerdo	0%	13%	2%	8%	2%	16%	9%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18%	31%	13%	18%	27%	33%	33%
De acuerdo	38%	40%	56%	56%	51%	40%	29%
Totalmente de acuerdo	44%	16%	29%	18%	20%	11%	27%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*SAME: Salud Mental

**Porcentaje redondeado

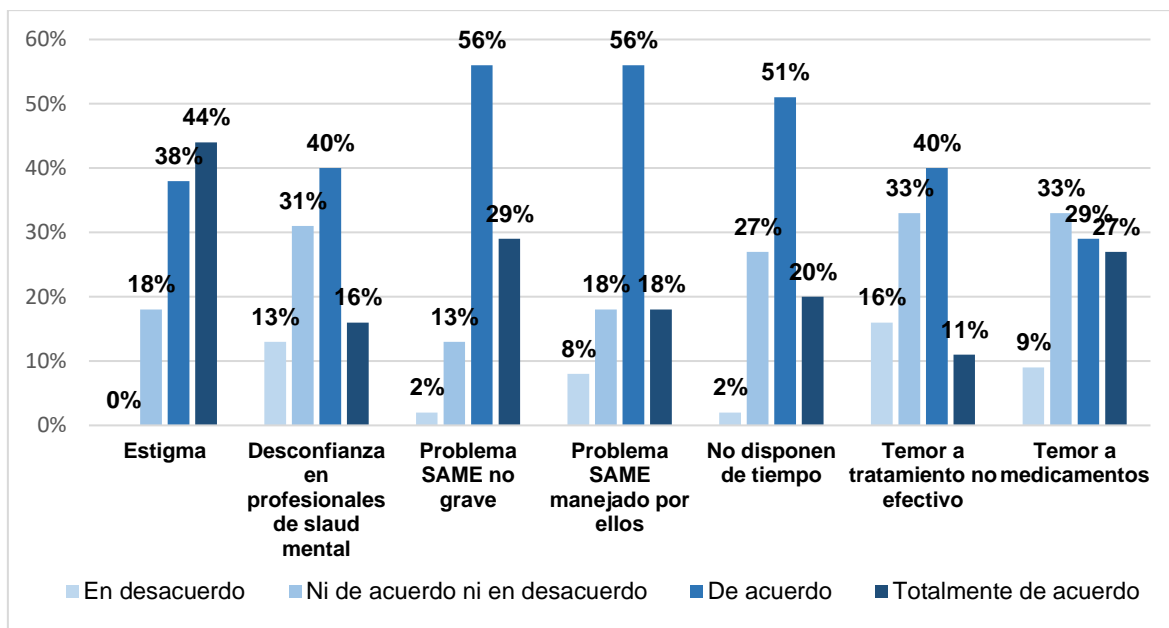


Gráfico 4. Frecuencia de respuestas a las preguntas de la barrera actitudinal de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.

Según la Tabla 30, se puede observar que las categorías con mayores porcentajes son “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. El indicador más frecuente, con un 85 %, fue la percepción de que el problema de salud mental era poco grave, lo que llevó a no buscar atención en salud mental. En segundo lugar, con un 82%, se identificó el estigma asociado a los problemas de salud mental, lo cual provocaba rechazo por parte de la comunidad y temor a buscar ayuda en salud mental. En tercer lugar, con el 73% de aceptación, se determinó que la creencia de que pueden manejar sus problemas emocionales por sí mismos, sin necesidad de acudir a un especialista. Además, en cuarto lugar, con un 71% de aceptación, se destacó la falta de tiempo disponible debido a los horarios laborales o las responsabilidades del hogar, lo que obstaculizó buscar atención en salud mental. En quinto lugar, con un 56% de aceptación, se encontró a los temores relacionados con la posibilidad de desarrollar adicción a los medicamentos psiquiátricos y la desconfianza hacia los profesionales de salud mental. Por último, con un 51% de aceptación, se identificó el temor a recibir un tratamiento ineficaz para los problemas de salud mental.

Tabla 31

Frecuencia de la dimensión barrera actitudinal para el acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Suma	%
Estigma	197	16%
Desconfianza en profesionales de salud mental	165	13.4%
Problema SAME no grave	186	15.1%
Problema SAME manejado por ellos	174	14.2%
No disponen de tiempo	179	14.6%
Temor a tratamiento no efectivo	160	13%
Temor a medicamentos	168	13.7%
Total	1229	100%

De la Tabla 31, se analiza que, sobre la dimensión barrera actitudinal para el acceso a los servicios de salud mental, el estigma hacia los problemas de salud mental fue la mayor barrera con 16%. Asimismo, el considerar que el problema de salud mental no era grave corresponde al 15.1%, lo que genera que los beneficiarios de proyectos sociales no busquen ayuda profesional oportuna. En tercer y cuarto lugar, se encontró la no disponibilidad de tiempo y el automanejo de los problemas emocionales, con el 14.6% y 14.2% respectivamente. En cuanto al temor a generar adicciones a los medicamentos psiquiátricos, el 13.7% de encuestados lo identificó como un obstáculo en quinto lugar; por otro lado, respecto a la desconfianza hacia los profesionales de salud mental por considerarlos jóvenes o inexpertos es del 13.4%; y, en último lugar, el temor a recibir un tratamiento para problemas de salud mental poco efectivo es el 13%.

Tabla 32

Análisis de varianza ANOVA de la dimensión barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Carencia de profesionales de salud	Entre grupos	31,033	11	2,821	6,763	<,001
	Dentro de grupos	13,767	33	,417		
	Total	44,800	44			
Horarios poco flexibles	Entre grupos	26,611	11	2,419	7,065	<,001
	Dentro de grupos	11,300	33	,342		
	Total	37,911	44			
Tiempos de espera/colas	Entre grupos	12,644	11	1,149	5,989	<,001
	Dentro de grupos	6,333	33	,192		
	Total	18,978	44			
Seguro con limitaciones	Entre grupos	33,900	11	3,082	6,647	<,001
	Dentro de grupos	15,300	33	,464		
	Total	49,200	44			
Requisitos complejos	Entre grupos	15,900	11	1,445	6,534	<,001
	Dentro de grupos	7,300	33	,221		
	Total	23,200	44			

De la Tabla 32, se comprobó que, entre los indicadores de dimensión barrera institucional como la carencia de profesionales de la salud mental, los horarios poco flexibles para la atención, el tiempo de espera, los seguros con restricciones de atención para la salud mental y los requisitos complejos para solicitar una atención existe una diferencia significativa al obtener una significancia <0.05. Lo que sugiere que las respuestas cado uno de estos indicadores fue variado.

Tabla 33

Frecuencia de las preguntas de la dimensión barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Carencia de profesionales de salud mental	Horarios poco flexibles	Tiempos de espera/colas	Seguro con restricciones	Requisitos complejos
Totalmente en desacuerdo	0%	0%	0%	2%	0%
En desacuerdo	9%	9%	2%	13%	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20%	24%	2%	13%	13%
De acuerdo	27%	40%	47%	45%	54%
Totalmente de acuerdo	44%	27%	49%	27%	31%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

*Porcentajes redondeados

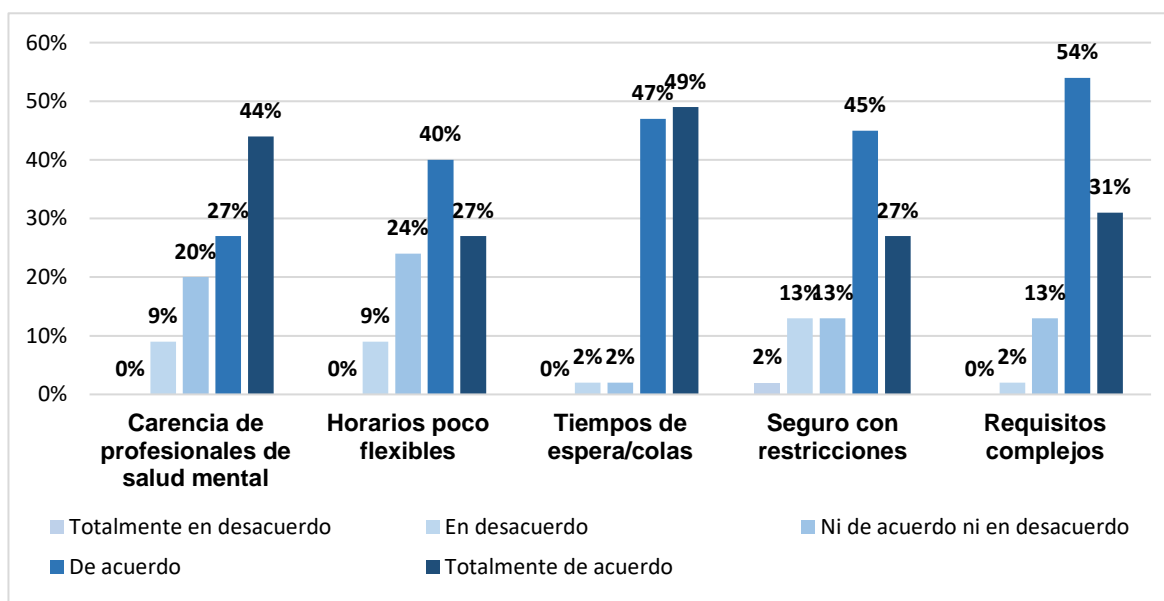


Gráfico 5. Frecuencia de respuestas a las preguntas de la dimensión barrera institucional de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales.

Se analiza de la Tabla 33, que, con relación a la dimensión barrera institucional, el mayor porcentaje corresponde a las categorías de “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. En ese sentido, en primer lugar, se analizó el obstáculo de los tiempos

de espera y largas colas para recibir atención en salud que suman en 96%. En segundo lugar, se aprecia que los trámites y requisitos complejos para solicitar una atención en salud mental fueron otra importante dificultad, que suma el 85%. En tercer lugar, se observó que los seguros de salud con restricciones para los servicios de salud mental suman el 72%; mientras que la carencia de profesionales de la salud mental para satisfacer la necesidad de la población es del 71%. Finalmente, los horarios poco flexibles correspondieron a un obstáculo que suma el 67%.

Tabla 34

Frecuencia de la dimensión barrera institucional para el acceso servicios de la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

	Suma	%
Carencia de profesionales de salud mental	187	20%
Horarios poco flexibles	177	19%
Tiempos de espera/colas	204	21.9%
Seguro con restricciones	175	18.8%
Requisitos complejos	190	20.4%
Total	1229	100%

De la Tabla 34, se percibe que, con relación a la dimensión barrera institucional, el tiempo de espera y las largas colas para una atención de salud mental corresponden al 21.9% de dificultad. En segundo lugar, los trámites y requisitos complejos para solicitar una atención equivalen al 20.4% de dificultad. Asimismo, la carencia de profesionales de salud mental para la demanda existente es de 20%. En cuarto lugar, los horarios poco flexibles corresponden al 19%, pues solo disponen de horarios diurnos de lunes a viernes, los cuales se cruzan con el horario laboral. En quinto lugar, se encuentra el seguro de salud con restricciones para los servicios de salud mental con el 18.8%.

Objetivo 4: Diseñar un protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

PROTOCOLO DE GESTIÓN PARA DISMINUIR LAS BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN PROYECTOS SOCIALES

1. PRESENTACIÓN

La falta de acceso a servicios de salud mental es una dificultad que afecta en mayor medida a la población vulnerable tanto a nivel nacional como internacional. Incluso, puede tener efectos negativos en la calidad de vida de las personas y genera desafíos adicionales para ciertos grupos vulnerables como los beneficiarios de proyectos sociales, afectando negativamente su bienestar.

Por ello, desde los proyectos sociales, es fundamental comprender que la salud mental es un componente esencial del bienestar general de las personas e influye significativamente en la capacidad para participar plenamente en la sociedad. Sin embargo, en muchos casos, las barreras económicas, actitudinales e institucionales han impedido que individuos y comunidades vulnerables accedan a los servicios de salud mental requeridos. En tal sentido, al abordar estas barreras y brindar un acceso equitativo a la atención mental, se fortalecerá la responsabilidad de los proyectos sociales como agentes de cambio social promoviendo una sociedad más inclusiva y empática.

Consecuentemente, este protocolo busca identificar y reducir las barreras que impiden el acceso equitativo a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos social, basados en la comprensión de que la salud mental es un componente intrínseco de la salud general, y partiendo de la premisa de que la atención a la salud mental debe ser inclusiva, sin discriminación y con un enfoque en la promoción del bienestar emocional considerando que, a menudo, las personas que enfrentan desafíos socioeconómicos, marginación o exclusión social son las más vulnerables a problemas de salud mental.

El protocolo pretende establecer una serie de medidas y procedimientos para abordar estas barreras y asegurar que todos los beneficiarios de los proyectos sociales tengan igualdad de oportunidades para cuidar y mejorar su salud mental con la firme creencia de que todos los individuos tienen derecho a acceder a servicios de salud mental de calidad, sin importar sus circunstancias personales. Por lo que, la implementación de este protocolo requerirá un enfoque colaborativo y coordinado entre todas las partes involucradas en los proyectos

sociales. Una vez implementadas las estrategias, se realizará un seguimiento constante para evaluar la efectividad y realizar ajustes según sea necesario.

Finalmente, la implementación de este protocolo favorecerá la reducción de obstáculos de acceso a la salud mental en beneficiarios de proyectos sociales en Lima metropolitana.

2. JUSTIFICACIÓN

En el marco del desarrollo de esta investigación, se ha identificado barreras de acceso en la población vulnerable que es beneficiaria de proyectos sociales, quienes no logran acceder a un servicio de salud mental por la existencia de barreras geográficas, económicas, de conocimiento, actitudinales e instruccionales.

En este contexto, resulta fundamental que los proyectos sociales establezcan un procedimiento que implemente estrategias de gestión apropiadas para mitigar las dificultades de acceso a la atención mental. Estas acciones deben cumplir con altos estándares de calidad y salvaguardar los derechos humanos, al mismo tiempo que se enfoquen en la inclusión y prevengan cualquier forma de discriminación.

Asimismo, es imprescindible que los colaboradores y trabajadores de proyectos sociales se comprometan en aplicar estas estrategias de gestión con el fin de asegurar que los beneficiarios accedan a servicios de atención mental.

3. MARCO SITUACIONAL

La investigación realizada sobre barreras de acceso a servicios de la salud mental en proyectos sociales, determinó que el 82.2 % de los encuestados consideraba que estas barreras son de un nivel alto. Mientras que, el 17.8%, consideró que estas barreras corresponden a un nivel medio. Ninguna de las personas consideró que las barreras eran de nivel bajo. En ese contexto, se ha identificado a la barrera actitudinal como el mayor obstáculo para el acceso a los servicios de salud mental con un 28.7%, siendo el indicador más frecuente el estigma asociado a los problemas de salud mental con un 16 %; y, el considerar que el problema de salud mental no era grave es del 15.1 %. En segundo lugar,

se ubicó la barrera institucional con 21.8 %, donde se consideró a los tiempos de espera y las largas colas para la atención en salud mental como la dificultad más importante con un 21.9 %; mientras que, considerar complejos a los trámites para solicitar una atención de la salud mental es del 20.4 % y la carencia de profesionales de la salud mental para responder a la demanda de la población es del 20 %. En tercer lugar, se ubicó la barrera económica con un 18.2 %; al respecto, el indicador más común es la falta de un seguro de salud con un 27 % y los bajos ingresos económicos con un 25.5 %. En cuarto lugar, la barrera geográfica con un 17.8%, dentro de ella, se identificó que las limitaciones físicas que interfieren con el desplazamiento desde la vivienda hasta el centro de atención es la más común con un 25.3 %; además, la distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud son el segundo indicador más importante con un 25.2%. Finalmente, la barrera de conocimientos para el acceso a servicios de la salud mental, se identificó como la barrera menos frecuente con un 13.4%, de ellos, el desconocimiento de los síntomas de la salud mental es el indicador más alto con un 35%. Por ende, en el presente protocolo se enfatiza las estrategias de gestión para las dos barreras más frecuentes: Actitudinal e Institucional.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- 4.1.1. Establecer estrategias de gestión que favorezcan la disminución de las barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

4.2. Objetivos específicos

- 4.2.1. Establecer estrategias de gestión que favorezcan la disminución de las barreras actitudinales de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.
- 4.2.2. Establecer estrategias de gestión que favorezcan la disminución de las barreras institucionales de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.
- 4.2.3. a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

5. ALCANCE

Coordinadores, colaboradores, profesionales, técnicos, agentes comunitarios de salud y voluntarios de proyectos sociales en la región de Lima Metropolitana, en función a sus competencias laborales, deben aplicar el protocolo con el objetivo de favorecer el acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

6. CONCEPTOS Y PRINCIPIOS ORIENTADORES

6.1. Conceptos generales:

6.1.1. **Barrera de acceso actitudinal:** Son obstáculos o actitudes negativas que pueden dificultar que las personas busquen o reciban atención para sus problemas de salud mental. Estas barreras están relacionadas con prejuicios, estigmas y falta de comprensión sobre las enfermedades mentales, lo que lleva a la discriminación y a la exclusión social de quienes padecen estas condiciones.

6.1.2. **Barrera de acceso institucional:** Son los obstáculos y limitaciones que enfrentan las personas que forman parte de programas o proyectos sociales para poder acceder a servicios de salud mental de calidad. Estas barreras están relacionadas con los servicios que ofrece el centro de atención instituciones y son de naturaleza administrativa y de recursos humanos.

6.2. Principios básicos

- a) Importancia de la dignidad de cada individuo.
- b) No discriminación.
- c) Inclusión y participación colaborativa.
- d) Respeto las las diferencias de cada persona.
- e) Igualdad de oportunidades.

6.3. Requerimientos básicos

6.3.1. Recursos humanos:

1. **Coordinador de proyectos sociales:** Profesional psicólogo con experiencia mayor a 2 años en proyectos sociales y con conocimiento de gestión intra y extra organizacional.
2. **Profesionales de apoyo:** Profesional licenciado en psicología con experiencia mayor a 6 meses en proyectos sociales.
3. **Personal técnico:** Técnicos de enfermería con capacitaciones en salud mental y tele atenciones.
4. **Agentes comunitarios de salud:** Personas de la comunidad, mayor de edad, con capacitaciones en salud mental y habilidad de ayuda básica con experiencia en trabajo de campo y relacionamiento con la comunidad.
5. **Voluntarios:** profesionales peruanos o extranjeros con estudios relacionados a las ciencias sociales o ciencias de salud, de preferencia egresados y con experiencia en trabajo de campo y trabajo comunitario.

6.3.2. Materiales:

- ✓ Laptops
- ✓ Celulares
- ✓ Material de escritorio (lapiceros,
- ✓ Material de campo (mochilas, gorros, bloqueador solar, etc.).
- ✓ Cuestionarios para identificar problemas de salud mental.
- ✓ Cuestionario / entrevistas para identifica las barreras de acceso a servicios de la salud mental.
- ✓ Medio de transporte privado
- ✓ Carpas
- ✓ Mesas y sillas de plástico
- ✓ Material comunicacional.

6.3.3. Población Diana

Beneficiarios de proyectos sociales, mayores de 18 años afectados con algún problema de salud mental y que evidencien alguna barrera de acceso a servicios de salud mental.

7. DISPOSICIONES GENERALES

7.1. Estándar general para la gestión de beneficiarios de proyectos sociales con dificultades de acceso a servicios de la salud mental.

1. Realizar una evaluación integral de las necesidades en salud mental de los beneficiarios de proyectos sociales. Esto puede incluir encuestas, entrevistas individuales y grupos focales, para comprender mejor las necesidades específicas de la población objetivo.
2. Identificar las barreras que limitan el acceso a servicios de salud mental. Estas barreras pueden incluir: estigma, creencias, falta de información, falta de recursos financieros, obstáculos geográficos y desinformación sobre los servicios disponibles entre otros.
3. Desarrollar planes individualizados para cada beneficiario en función de las barreras identificadas en la etapa anterior. Lo que facilitará la identificación de demandas específicas y garantizar una asignación adecuada de recursos y servicios.
4. Capacitar a todo el personal de los proyectos sociales para que entiendan la importancia de la salud mental y cómo pueden contribuir a reducir las barreras acceso. La capacitación debe incluir temas como la identificación de señales de alerta, la empatía, la comprensión de problemas emocionales y el estigma. Esto permitirá que el personal pueda reconocer y ofrecer apoyo inicial a aquellos que puedan necesitar servicios de salud mental.
5. Implementar programas de sensibilización y psicoeducación sobre la importancia de la salud mental dentro de la planificación de los proyectos sociales. Esto debe incluir talleres, charlas y material informativo para fomentar la comprensión y reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental.

6. Diseñar y llevar a cabo campañas de sensibilización sobre la importancia de la salud mental y la eliminación del estigma asociado a los problemas de salud mental. Utilizar diversos medios de comunicación y redes sociales para llegar a los beneficiarios y al público en general.
7. Asegurar que la salud mental esté integrada en la planificación inicial de los proyectos sociales. Considerando estrategias para fomentar el autocuidado, la resiliencia emocional y el apoyo psicosocial como parte integral del proyecto social.
8. Establecer alianzas con el Ministerio de Salud, Centros de atención y otras instituciones que brindan servicios de salud mental, para ofrecer mayores recursos a los beneficiarios que lo necesiten y para ampliar la oferta de servicios y cubrir áreas que puedan estar desatendidas.
9. Considerar la diversidad cultural de los beneficiarios y adaptar la atención a los beneficiarios respetando su propias creencias y características personales.
10. Implementar un sistema de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las medidas tomadas y realizar ajustes según sea necesario. La retroalimentación de los beneficiarios y el equipo del proyecto será fundamental para asegurar que el protocolo sea eficiente y esté alineado con los valores del proyecto.

8. ESTÁNDAR DE GESTIÓN SEGÚN EL TIPO DE BARRERA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

8.1. Gestión para la barrera actitudinal de acceso a servicios de la salud mental. (Ver ANEXO 5)

1. Realizar una evaluación inicial de los beneficiarios de los proyectos sociales para identificar las barreras actitudinales que puedan estar impidiendo el acceso a servicios de salud mental.
2. Desarrollar un plan individualizado para cada beneficiario de acuerdo a sus necesidades específicas para garantizar una adecuada asignación de recursos y servicios.

3. Fomentar la confidencialidad y la privacidad para que los beneficiarios se sientan seguros al buscar ayuda.
4. Organizar talleres y sesiones psicoeducativas para los beneficiarios y sus familias sobre la importancia de la salud mental y la superación de prejuicios y estigmas. Incluir testimonios y promover historias de éxito de personas que han superado sus problemas de salud mental y han buscado apoyo en salud mental de forma efectiva.
5. Organizar campañas informativas en zonas cercanas a los domicilios de los beneficiarios (mercados, parques, vasos de leche, etc.) que aborden la importancia de la salud mental, clarificando la incidencia de los problemas de salud mental y mostrando que pueden ser tan graves como las condiciones físicas.
6. Utilizar medios de comunicación y redes sociales para compartir historias inspiradoras y alentar a otros a buscar apoyo para sus problemas de salud mental evitando estigmatizar o trivializar estos problemas. Utilizar las redes sociales más conocidas y utilizadas por la población.
7. Facilitar el acceso a servicios de salud mental mediante la vinculación directa con centros de atención, centros de salud mental comunitarios u organizaciones especializadas mediante personal del proyecto social.
8. Proporcionar apoyo emocional y psicológico durante todo el proceso de búsqueda de ayuda en salud mental.
9. Realizar seguimiento periódico para evaluar el progreso y asegurarse de que los beneficiarios estén recibiendo el apoyo adecuado.
10. Ajustar y mejorar el protocolo según sea necesario para asegurar su efectividad a lo largo del tiempo.

8.2. Gestión para la barrera institucional de acceso a servicios de la salud mental. (Ver ANEXO 6)

1. Realizar una evaluación inicial de los beneficiarios de los proyectos sociales para identificar las barreras institucionales que puedan estar obstaculizando el acceso a servicios de salud mental.

2. Desarrollar un plan individualizado para cada beneficiario de acuerdo a sus necesidades específicas para garantizar una adecuada asignación de recursos y servicios.
3. Elaborar material informativo que simplifique los procedimientos y trámites administrativos para acceder a los servicios de salud mental, pues su complejidad podría disuadir a los beneficiarios de buscar ayuda.
4. Establecer un sistema de derivación claro y sencillo que permita a los beneficiarios acceder fácilmente a servicios de salud mental especializados cuando sea necesario. Debe incluir el nombre del centro de atención que le corresponde al beneficiario de acuerdo a su jurisdicción, dirección del centro, horarios de atención y proceso de citas.
5. Proporcionar asistencia personalizada a los beneficiarios que requieran ayuda para completar los trámites. Ello implicaría contar con un personal capacitado que los guíe en el proceso, responda sus preguntas y procure asegurar la efectividad de la atención en el establecimiento de salud.
6. Realizar seguimiento periódico para evaluar el progreso y asegurarse de que los beneficiarios estén recibiendo el apoyo adecuado.
7. Utilizar los resultados de las evaluaciones para mejorar continuamente el protocolo y adaptar las estrategias según las necesidades cambiantes.

9. DISPOSICIONES FINALES

9.1. Monitoreo y seguimiento

El protocolo de gestión será evaluado a través de un monitoreo y seguimiento periódico por el coordinador del proyecto social, quien reportará al jefe y director del programa de salud mental de los Organismos No Gubernamentales (ONG).

El progreso de este protocolo se evaluará de forma regular para identificar áreas de mejora y realizar ajustes según sea necesario. Se establecerá

indicadores clave de rendimiento y se utilizarán datos cuantitativos y cualitativos para medir el impacto de las intervenciones en la reducción de las barreras de acceso a servicios de salud mental.

9.2. Capacitación

El coordinador del proyecto social será el responsable de capacitar al personal que labora en el proyecto sobre el uso y la aplicación de este protocolo.

V. DISCUSIÓN

El estudio realizado tuvo la motivación de generar una mejora en relación a las dificultades para acceder a una atención de salud mental a través de los servicios públicos de salud que fue observado en beneficiarios de proyectos sociales como parte del ejercicio laboral que la maestranda ha tenido como profesional de proyectos sociales.

La problemática mencionada fue ratificada a través de revisión de bibliografía internacional y nacional, que confirmó los obstáculos de acceso a la salud, siendo en mayor medida relacionados a la salud mental. Estas dificultades de acceso afectan mayormente a poblaciones vulnerables que cuentan con escasos recursos económicos y/o que viven en zonas de riesgo y/o que están afectados por otro problema de salud física como tuberculosis o VIH, es decir, precisamente a la población que es beneficiaria de proyectos sociales por su condición de vulnerabilidad.

De este modo, a través de la investigación, se indagó sobre las percepciones que los trabajadores y colaboradores de proyectos sociales tienen con relación a las brechas de acceso a los servicios de salud mental, basados en su experiencia y relacionamiento directo con los beneficiarios de proyectos sociales. En ese contexto, fue conveniente analizar cuál fue el nivel general de las barreras de acceso y el nivel de cada dimensión (barrera geográfica, económica, de conocimiento, actitudinal e institucional), así como, los indicadores más frecuentes de cada dimensión con el propósito de identificar las barreras más frecuentes que fueron abordadas en el protocolo.

Con el propósito de dar respuesta a las preguntas planteadas, se encuestó a los participantes del estudio. Luego, se realizó el análisis de confiabilidad del instrumento mediante el programa estadístico SPSS 27. Posteriormente, a través de estadísticos descriptivos se analizó el nivel general de barreras de acceso y los niveles por dimensiones. Finalmente, se aplicó un análisis de varianza utilizando ANOVA y se analizó la frecuencia de los indicadores de cada barrera de acceso.

Con relación al nivel general de las barreras de acceso a servicios de la salud mental, el 82.2% de la muestra indicó que las barreras correspondían a un nivel alto y el 17.8% percibió que estas barreras son de nivel medio. Lo que corrobora la

información obtenida en la bibliografía sobre la existencia de barreras de acceso para atención de la salud mental como lo afirmó Toyama *et al.* (2017), quienes concluyeron que las barreras de acceso para atención en salud mental para personas con problemas emocionales en Perú oscilaban entre un 69% y 85%, siendo las más frecuentes los recursos económicos insuficientes y la desinformación sobre donde obtener atención. En ese sentido, se reafirma la existencia de obstáculos diversos para que la población vulnerable como los beneficiarios de proyectos sociales accedan a una atención efectiva y de calidad para su salud mental. Las causas de estas barreras, como lo expresa Palma (2018), serían la limitada inversión pública asignada al sector salud que en consecuencia genera un impacto directo en los servicios de la salud mental.

En cuanto al nivel de la dimensión barrera geográfica, el 86.7% de los participantes manifiesta que es una barrera de nivel alto y el 13.3% la considera una barrera de nivel medio. Lo que indica que las barreras de acceso, como la distancia entre el domicilio y el centro de atención, así como, las limitaciones físicas o emocionales que dificultan el traslado y el tiempo invertido para acudir al centro de atención, son barreras que, con frecuencia obstaculizan que los beneficiarios de proyectos sociales acudan por una atención de salud mental. Datos que coinciden con lo mencionado con Nickels *et al.* (2018), quienes identificaron obstáculos significativos asociados a la distancia y trayecto entre la vivienda y el centro de atención, incluso, mencionaron que acudir a una atención implica perder la ganancia laboral del día. Asimismo, Olawande *et al.* (2020), indicaron que el 38% de los varones encuestados en una investigación en Nigeria, refirieron que la distancia geográfica limitaba el acceso a servicios de salud, ya que, trasladarse al centro de atención implicaba el pago de alojamiento por la distancia de traslado.

Acerca del nivel de la dimensión barrera económica, el 91.1% de los participantes refirieron que es una barrera de nivel alto, mientras que solo el 8.9% la identificaron como una barrera de nivel medio. Sobre ello, se entiende que esta barrera también se consideró como un obstáculo importante para la población vulnerable debido a las dificultades económicas que pueden presentar, como la carencia de un seguro de salud, pues, la mayoría de los beneficiarios de proyectos sociales no cuentan con un trabajo estable, viven de las ganancias diarias y muchas veces cuentan con una carga familiar fuerte. Estos datos corroboran lo encontrado

por Nickels *et al.* (2018), pues, en su investigación en personas con problemas de salud mental en El Salvador, determinaron que el 30% de ellas presentó dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentación debido a que debieron priorizar el pago de la atención, así también, el 20% de ellos, mencionó que el costo de traslado es una barrera importante para acceder a los servicios. Así también, Olowande *et al.* (2020), refirieron que, el 26.4% de los varones encuestados en Nigeria, indicaron que el costo de medicamentos es una barrera importante, ya que, incluso, deben solicitar préstamos para pagar los tratamientos. Además, en la misma sintonía, Romaní *et al.* (2021), mencionaron que en la comunidad LGTBI en Perú, el principal obstáculo para no acudir a una atención de salud es la falta de recursos económicos con un 31.3% de frecuencia, además el no contar con un seguro de salud, por lo que tendrían que pagar por los servicios, incluso, observaron que aquellos que contaban con un seguro de salud tenían una menor prevalencia de no utilizar los servicios de salud.

En lo que respecta al nivel de dimensión barrera de conocimiento, el 73.3% de los participantes percibió a esta barrera con un nivel alto, el 24.4% la observa con un nivel medio y solo el 2.2% la considera con un nivel bajo. Con relación a esta barrera, es la única que tuvo puntuaciones con nivel bajo en comparación con las otras barreras. Incluso, es la barrera menos frecuente de acuerdo a la percepción de los participantes. No obstante, de forma interna, si resulta importante observarla como dificultad para algunos beneficiarios de proyectos sociales que no recibieron psicoeducación sobre el cuidado de su salud mental o que por característico socio-personales desconocen los centros de atención disponibles o el proceso para solicitar una atención en salud mental. Esta observación se relaciona con lo mencionado por Gómez-Restrepo *et al.* (2021), quienes identificaron que el desconocimiento de los síntomas depresivos tanto en pacientes como en especialistas en municipios de Colombia, fue significativo como barrera de acceso. Asimismo, sobre las barreras de conocimiento, Cavero *et al.* (2018), concluyeron que la ausencia del conocimiento para solicitar una atención es una barrera importante identificada por pacientes y proveedores de salud en el primer nivel de atención en Lima. En concordancia, Monroy-Sánchez (2020), reportó que la falta de entendimiento sobre los servicios sanitarios es una dificultad común en adultos de Colombia. Cabe señalar, que, a pesar de las diversas formas de comunicación

sobre los servicios disponibles en salud mental por medios digitales, redes sociales y los centros de atención, la información es aún insuficiente para contrarrestar la falta de conocimiento sobre esta barrera. No obstante, con relación a las otras barreras, los obstáculos de conocimiento sobre síntomas de problemas emocionales como tristeza profunda, anhedonia, ansiedad, etc., así también, el desconocimiento de los servicios disponibles y el proceso de citas, no son tan frecuentes como las otras barreras de acceso.

Acerca del nivel de la dimensión barrera actitudinal, el 60% mencionó que la considera una barrera alta y el 40% refiere que es una barrera de nivel medio. Esta barrera incluyó aspectos personales de los beneficiarios en función a sus propias creencias relacionadas a la salud mental y la opinión de la comunidad. Esta barrera fue la más frecuente como obstáculo para acceder a servicios de salud mental debido a que opinión de los demás incluye en gran medida para que las personas con problemas de salud mental decidan buscar ayuda profesional. En coincidencia con estos datos, Gonzales *et al.* (2016), mencionaron que el 47.3% de adultos encuestados en Colombia indicaron que no era necesario recibir una atención por sus problemas emocionales Incluso, Saavedra y Galea (2020), indicaron que el 13.5% de adultos residentes en Lima y Callao, consideraron que la atención no era urgente. Al respecto, Cavero *et al.* (2018), identificaron que las barreras actitudinales están asociadas a la percepción de no necesitar una atención o de que pueden solucionar sus problemas por ellos mismos.

Con relación al nivel de la dimensión barrera institucional, el 71.1% la percibe como una barrera de nivel alto y el 28.9% como una barrera de nivel medio. Esta barrera engloba los servicios que brinda el centro de salud o los proveedores de salud. Estos datos confirman lo señalado por Tomaya *et al.* (2017), quien explica que la asignación presupuestaria en salud mental es insuficiente, lo que genera una carencia de personal de salud mental en los centros de atención. Así también, Orozco *et al.* (2022), revelaron que el 57% de las personas de seis países americanos no recibieron atención por obstáculos actitudinales y estructurales.

Continuando con los objetivos de la investigación, en cuanto a la frecuencia de los indicadores de la dimensión barrera geográfica, las limitaciones físicas como dificultades para caminar, usar silla de ruedas incluso dificultades sensoriales son la principal barrera que obstaculiza el acceso a la salud mental con un 25.3%. Esto

se debe a que, al tener limitaciones para trasladarse independientemente, el beneficiario requiere que un familiar pueda acompañarle o incluso debe trasladarse en transporte privado (taxi). En segundo lugar, se observó que la distancia entre el domicilio y el centro de atención corresponde al 25.2% como frecuencia de dificultad. Lo que genera que los beneficiarios de proyectos sociales no acudan a una atención debido a que el establecimiento de salud es muy lejano, o porque desconocen la ruta o deben invertir mucho tiempo para trasladarse que incluso deben solicitar permiso en sus trabajos o deban perder un día de trabajo generando que aplacen las atenciones de salud mental lo que agrava su situación emocional. Esta información coincide con lo hallado por Olowande *et al.* (2020), quienes identificaron que, en la población femenina de Nigeria, el 62% señaló a la distancia de traslado al centro de atención como la causante para no acceder a un servicio de salud. En tercer lugar, con un 25.1% se ubican las limitaciones emocionales obstáculos para que los beneficiarios acudan por una atención de salud mental. Ya que, la tristeza profunda, la ansiedad, el trauma provoca que las personas no logren trasladarse al centro de salud por sí mismos o que exista temor al salir del domicilio. Finalmente, el tiempo de traslado al centro de atención tuvo una frecuencia del 24.4% como barrera geográfica.

Acerca de la frecuencia de los indicadores de la dimensión barrera económica, la carencia de seguro de salud se ubica como la barrera más frecuente con el 27%. Lo que explica los motivos por los cuales los beneficiarios no acceden a una atención por sus problemas de salud mental, pues, al no contar con un trabajo en planilla, no cuentan con un seguro y consideran que las atenciones deben ser costeadas por ellos. En concordancia con Gutiérrez *et al.* (2019), quienes concluyeron que solo el 82.4% de encuestados en México contaba con un seguro, lo que señala una brecha del 17.6% sin seguro de salud. No obstante, actualmente en Perú se cuenta con el seguro integral de salud, el cual es un seguro del estado creado con el objetivo de lograr la cobertura universal de salud, sin embargo, algunas personas desconocen este beneficio. El segundo indicador más frecuente, son los bajos ingresos económicos con un 25.5%, una característica común en la población vulnerable, pues, al contar con bajos ingresos se prioriza las necesidades de vivienda y alimentación, dejando de lado a la salud emocional. En tercer lugar, se identificó al costo de traslado al centro de atención con un 24.7%, este indicador

se asocia a los bajos recursos económicos, pues, al trasladarse a un centro de atención distante deben pagar los pasajes de transporte público o privado y su presupuesto familiar no les permite realizar estos pagos. En cuarto lugar, se observó al costo de atención con un 22.8%. siendo el indicador más bajo dentro de esta dimensión, podría entenderse como que los beneficiarios de proyectos sociales perciben con mayor barrera a los costos indirectos asociados a una atención más que el costo de la atención de salud mental. Lo que se corrobora con lo hallado en Olawande *et al.* (2020), quienes señalaron que el 73.6% de mujeres encuestadas mencionaron que el principal obstáculo para una atención es el tema económico.

En lo que respecta a la frecuencia de los indicadores de la dimensión barrera de conocimiento, se reveló que el desconocimiento de síntomas como tristeza profunda, desánimo, insomnio, ansiedad y otras características de los problemas de salud mental es la principal barrera dentro de esta dimensión con un 35% de frecuencia. Estas situaciones se generan por la baja psicoeducación sobre la salud mental y su importancia en la calidad de vida y bienestar. En segundo lugar, se identificó que el desconocimiento de los servicios públicos de atención disponibles en la comunidad corresponde el 33.3% de frecuencia. Es decir, los beneficiarios desconocen los servicios accesibles dentro de su jurisdicción como los Centros de Emergencia Mujer o Casas de la Familia que brindan de forma gratuita atención psicológica para casos de violencia y sus consecuencias, así como, los servicios psicológicos de su centro de atención o de los Centros de Salud Mental Comunitarios. En tercer lugar, la frecuencia del desconocimiento del proceso para solicitar una cita es del 31.7%. Este indicador corresponde al obstáculo menos frecuente pero igual existente, lo que expresa que, el proceso de acudir al centro de salud, solicitar el seguro SIS, trasladarse a la oficina de admisión para apertura una historia clínica; luego, solicitar una cita según los horarios disponibles del servicio de salud mental (que muchas veces es lejano), identificar el espacio físico de los consultorios y acudir a la atención son procesos complejos que desaniman a los beneficiarios para solicitar una atención. Lo que coincide con lo encontrado por Cavero *et al.* (2018), quienes determinaron que la ausencia del entendimiento del proceso para solicitar una cita es una de las barreras para acceder a una atención.

Referente a la frecuencia de los indicadores de la de la dimensión barrera actitudinal, el estigma es el indicador más frecuente con 16%. El estigma hacia las personas con problemas de salud mental, aún sigue siendo alto pues existe miedo al rechazo de la familia, perder oportunidades laborales o ser marginado socialmente si aceptan estar afectados por problemas de salud mental. Por otro lado, el estigma también se asocia a creencias de que la persona es “floja” o “finge” un dolor emocional. El segundo indicador frecuente es considerar que el problema de salud mental no es grave con un 15.1%. Este indicador se asocia a las creencias en los beneficiarios, debido a que consideran que los problemas emocionales son pasajeros o que no es necesario recibir una atención porque “ya se les pasará”, por lo que normalizan los problemas de salud mental. Lo que confirma, lo encontrado por Gómez-Restrepo *et al.* (2021), quienes identificaron que una barrera importante para que las personas con problemas emocionales de Colombia no accedan a servicios de salud mental fue la normalización de problemas emocionales. Y coincide con lo hallado por Orozco *et al.* (2022), quienes establecieron que el 43% de ciudadanos de 6 países americanos que no recibió una atención consideraba que no necesitaba un tratamiento. En tercer lugar, se ubica el indicador de no disponer de tiempo para una atención con el 14.6% de frecuencia, pues, los beneficiarios justifican que por sus horarios laborales no les es factible acudir a un establecimiento de atención, pues priorizan otras necesidades básicas como alimentación y vivienda. En cuarto lugar, se identificó que la creencia de que pueden manejar sus problemas emocionales por ellos mismos equivale a un 14.2%, en consecuencia, consideran innecesaria la intervención de un profesional especializado en salud mental. Lo que coincide con lo mencionado por Gonzales *et al.* (2016), quienes encontraron que el 47.3% de personas que necesitaban una atención no acudió por que consideraba que no era necesaria. En quinto lugar, se encontró que el temor a generar adicciones a los medicamentos psiquiátricos para tratamiento de sus problemas emociones corresponde al 13.7%, es decir, los beneficiarios evitan acudir a una atención sanitaria emocional pues no desean que les traten con medicamentos psiquiátricos que pudieran generarles adicción. En sexto lugar, se estableció que, la desconfianza hacia los profesionales de salud mental es del 13.4%, debido a que, los beneficiarios los consideraban relativamente jóvenes en comparación a ellos, que en consecuencia generó que los perciban

como inexpertos y/o que no han experimentado los mismos problemas para comprenderlos y brindarles apoyo emocional. Finalmente, se identificó que, la frecuencia del temor a recibir un tratamiento que no logró ser eficaz para tratar su problema de salud mental es del 13%, es decir, los beneficiarios tienen la creencia de que el profesional especialista no podrá ayudarles en mejorar su salud mental por lo que prefieren no acudir a una atención.

Con relación a la frecuencia de los indicadores de la dimensión barrera institucional, el indicador más común son los tiempos de espera y las largas colas para recibir una atención con un 21.9%. Los beneficiarios, consideran que acudir a una atención implica la inversión de muchas horas entre el traslado y la espera dentro del centro de salud, lo que genera un rechazo a recibir la atención. En segundo lugar, se halló que los trámites y requisitos para solicitar una atención se consideran muy complejos con un 20.4%, la complejidad de los mismos desanima a los beneficiarios en acudir por una atención. En tercer lugar, se encontró que la carencia de profesionales de la salud mental es una barrera significativa con un 20%, entonces, hay una percepción por parte de los beneficiarios que la oferta de servicios no es acorde a las necesidades que se observa en la comunidad, lo que genera una sensación de pobre calidad de atención. En cuarto lugar, se halló que los horarios poco flexibles es otra barrera importante con un 19%. Esto sugiere que los horarios de atención no coinciden con la disponibilidad de los beneficiarios para acudir por una atención, pues, los horarios se cruzan con los horarios laborales, o son por orden de llegada, lo que implica que madruguen para solicitar una atención y esperar hasta ser atendidos. Finalmente, la frecuencia de contar con un seguro que muestra restricciones para la atención en salud mental corresponde al 18.8%, ya que, algunos seguros solo priorizan condiciones físicas de salud y no cubren la atención en salud mental. En concordancia a lo referido por Rivera-Lozada *et al.* (2020), quienes determinaron en pacientes con tuberculosis de un hospital de Callao, que las carencias de infraestructura, horarios y oferta de los servicios afectaban el acceso a una atención; así también, informaron que los pacientes experimentaban retrasos en la obtención de citas y que el tiempo de espera era prolongado. Lo que coincide con lo hallado por Caveró *et al.* (2018), quienes reportaron que las barreras para atención en el primer nivel de atención se

relacionan con la carencia de profesionales, horarios solo diurnos y el tiempo de espera para recibir la atención.

Los hallazgos resultantes de la investigación fueron la base para el desarrollo del protocolo de gestión enfocado en reducir las barreras de acceso a la salud mental, priorizando los indicadores más frecuentes. Cabe señalar, que las barreras de acceso pueden variar entre los beneficiarios de acuerdo a sus características y experiencias personales; así como; por el contexto psicosocial.

VI. CONCLUSIONES

Primera: La investigación desarrollada demostró que existen barreras de acceso en un nivel medio (17.8%) y alto (82.2%) con relación a los servicios de salud mental en los beneficiarios de proyectos sociales, según la percepción de colaboradores y trabajadores de proyectos sociales.

Segundo: Con relación al nivel de la dimensión barrera geografía, le corresponde un nivel alto con 86.7% y un nivel bajo con un 13.3%. Respecto a la dimensión barrera económica, se identificó que el 91.1% corresponde a un nivel alto y el 8.9% la considera un nivel medio. Acerca de la dimensión barrera de conocimiento, se concluye que, el 73.3% la considera una barrera de nivel alto; mientras que, para el 24.4% es una barrera de nivel medio y para el 2.2% es de nivel bajo. En cuanto a la dimensión barrera actitudinal, se observó que, el 60% la considera una barrera de nivel alto y para el 40% es de nivel medio. En lo que respecta a la dimensión barrera institucional, el 71.1% la percibió como una barrera de nivel alto y el 28.9% la percibió como una barrera de nivel medio.

Tercero: En cuanto a los indicadores más frecuentes de la dimensión barrera geográfica, las limitaciones físicas ocupan el primer lugar con 25.3%, seguida de la distancia con un 25.3%; en tercer lugar, se ubican las limitaciones emocionales con un 25.1%; y, en cuarto lugar, el tiempo de traslado con un 24.4%. Respecto a los indicadores más frecuentes de la dimensión barrera económica, la más frecuente fue la carencia de un seguro de salud con un 27%; en segundo lugar, los bajos ingresos económicos con un 25.5%, seguida del costo de traslado con un 24.7%; y, finalmente el costo de atención con un 22.8%. Referente a los indicadores más frecuentes de la dimensión barrera de conocimientos, el desconocimiento de síntomas se ubica en el primer lugar con un 35%; luego, el desconocimiento de servicios disponibles en su comunidad con un 33.3%; y, en tercer lugar, el desconocimiento del proceso de atención con un 31.7%. Con relación a los indicadores más frecuentes de la dimensión barrera actitudinal, se observó que la más frecuente es el estigma asociado a los problemas de salud mental con un 16%; en segundo lugar, es el considerar

que los problemas de salud mental no son graves con un 15.1%. Luego, en tercer lugar, se encuentra la no disponibilidad de tiempo con un 14.6%; y en cuarto lugar, el considerar que el problema de salud mental puede ser manejado por ellos con un 14.2%. En quinto lugar, se ubica el temor a generar adicción a los medicamentos psiquiátricos con un 13.7%, mientras que la desconfianza hacia los profesionales de salud mental es el 13.4% y finalmente, el temor a recibir un tratamiento no efectivo es el 13%. Acerca de los indicadores más frecuentes de la dimensión barrera institucional, el tiempo de espera y las largas colas son el mayor indicador con un 21.9%. En segundo lugar, fue el considerar que los trámites y requisitos para solicitar una atención eran complejos con un 20.4%. Seguido de la carencia de profesionales de salud mental con un 20%. En cuarto lugar, los horarios poco flexibles con un 19% y en quinto lugar con un 18.8% el contar con un seguro de salud que tiene restricciones de atención para la salud mental.

Cuarto: Se diseñó el protocolo de gestión en base a los resultados cuantitativos obtenidos, identificando las barreras e indicadores más frecuentes que obstaculizan el acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Se sugiere a futuros maestrantes continuar con la temática de estudio para conocer de manera más profunda la realidad sobre las barreras de acceso a la salud mental en el contexto peruano, con lo cual se puede enriquecer la información y evaluar si las barreras de acceso se mantienen o cambian con el tiempo.

Segundo: Se insta a incorporar para futuras investigaciones en el análisis de las barreras de acceso, a personal de salud de los centros de atención, pacientes beneficiarios de proyectos sociales y sus familiares; y líderes comunitarios para obtener una visión más amplia de la problemática de estudio y proporcionar un protocolo de gestión desde una perspectiva multicausal. Lo que permitirá generar alianzas con el Ministerio de Salud y otras organizaciones de apoyo a población vulnerable para unir esfuerzos en la reducción de las barreras para la atención en salud mental.

Tercero: Se requiere que los organismos no gubernamentales (ONG) y proyectos sociales, a través de los coordinadores y jefes de programas de salud mental, realicen incidencia en las políticas públicas relacionadas a la salud mental participando de forma activa en los programas nivel nacional. Con el propósito de alinear esfuerzos de acuerdo a los indicadores más frecuentes de las barreras de acceso, compartiendo sus experiencias y resultados de la intervención psicosocial con los beneficiarios de proyectos sociales.

Cuarto: Se recomienda a los coordinadores de proyectos sociales, aplicar el protocolo de gestión propuesto para atender a los casos de beneficiarios que evidencian dificultades para acceder a una atención de salud mental. De este modo, el personal de los proyectos sociales sabrá como actuar y será factible concretar una atención de forma efectiva, pronta y oportuna.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Aparicio Llanos, A. (2021). La administración y la gestión, una simbiosis inevitable en salud. *Gestión En Salud y Seguridad Social*, 1(1), 1–2. [//www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/gestion/article/view/174](http://www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/gestion/article/view/174)
- Arias, J. (2021). Guía para elaborar la operacionalización de variables. *Espacio I+D: Innovación Más Desarrollo*, 10(28). <https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/274>
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Miranda-Novales, M. G. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201–206. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>
- Arias, L., Aramayo, A., & Flores, E. (2020). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud de la población de 18 a 70 años que vive en el área de influencia del Centro de Salud Público Cerro Verde, Cochabamba, 2019. *Revista de Investigación e Información En Salud*, 15(39). <https://doi.org/https://doi.org/10.52428/20756208.v15i39.334>
- Arispe, C., Yangali, J., Guerrero, M., Lozada, O., Acuña, L., & Arellano, C. (2020). *La investigación científica. Una aproximación para los estudios de posgrado*. Universidad Internacional de Ecuador. <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/4310>
- Argimón Pallás, J.; Guarga Rojas, A.; Jiménez Villa, J. (2019). Medicina basada en la evidencia: guías y protocolos. In *Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia* (Eight Edit). Elsevier España, S.L.U. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-186-1/00005-1>
- Arnaudo, M. F. (2017). Planeamiento Óptimo en el Sector Salud: aportes de la Economía y la Ingeniería de Sistemas [Universidad Nacional del Sur]. <http://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/4110>
- Arrivillaga, M., & Borrero, Y. E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
- Barboza, J. J., Soriano-Moreno, A. N., Copez-Lonzoy, A., Pacheco-Mendoza, J., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2020). Disability and severe depression among Peruvian older adults: Analysis of the Peru Demographic and Family Health Survey, ENDES 2017. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-020-02664-3>
- Bartels, S. M., Cardenas, P., Uribe-Restrepo, J. M., Cubillos, L., Torrey, W. C., Castro, S. M., Williams, M. J., Oviedo-Manrique, D. G., Gómez-Restrepo, C., & Marsch, L. A. (2021). Barreras y facilitadores para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria en Colombia: Perspectivas de los proveedores, administradores de atención médica, pacientes y representantes de la comunidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(S 1), 67–76. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.001>

- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 42, 1–9. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49472>
- Blanco, M. V. F. (2023). Epistemología de la Gerencia Estratégica Resignificando la Gestión en Salud a la Luz de la Complejidad. *Revista Científica CIENCIAEDUC*, 10(1), 2023. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/480/4803731035/>
- Carrasco, J. B. (2011). *Gestión de Procesos*. [https://ssgiotec.cl/moodle30/pluginfile.php/98/mod_resource/content/2/Libro Gestión de Procesos Edición 6 versión digital.pdf](https://ssgiotec.cl/moodle30/pluginfile.php/98/mod_resource/content/2/Libro_Gestión_de_Procesos_Edición_6_versión_digital.pdf)
- Carrera, C., Ligña, C., Moreno, G., & Morales, R. (2018). *Sistemas De Gestión De Calidad*. Ediciones grupo Compas. [http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/466/3/SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.pdf](http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/466/3/SISTEMAS_DE_GESTIÓN_DE_LA_CALIDAD.pdf)
- Cavero, V., Diez-Canseco, F., Toyama, M., Flórez Salcedo, G., Ipince, A., Araya, R., & Miranda, J. J. (2018). Provision of mental health care within primary care in Peru: A qualitative study exploring the perspectives of psychologists, primary health care providers, and patients [version 1; referees: 1 approved, 2 approved with reservations]. *Wellcome Open Research*, 3(May), 1–18. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.13746.1>
- Cosar, J. H. (2017). Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público, Lima 2017. In *Universidad César Vallejo*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/14515>
- Ebhohon, E. (2018). Utilization of the Modified Tanahashi Model for Assessing Universal Effective Health Coverage: The Nigeria Bottleneck Instrument and its' Implications for Planning [University of North Carolina]. <https://doi.org/https://doi.org/10.17615/4014-qa06>
- Gómez-Restrepo, C., Cárdenas, P., Marroquín-Rivera, A., Cepeda, M., Suárez-Obando, F., Uribe-Restrepo, J. M., Castro, S., Cubillos, L., Torrey, W. C., Bartels, S. M., Van Arcken-Martínez, C., Park, S., John, D., & Marsch, L. A. (2021). Barreras de acceso, autoreconocimiento y reconocimiento en depresión y trastornos del consumo de alcohol: un estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(S 1), 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.021>
- González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., & Landaeta, A. P. V. (2016). *Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S 1), 89–95. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>
- Gutiérrez, Heredia-Pi, I., Hernández-Serrato, M. I., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Torres-Pereda, P., & Reyes-Morales, H. (2019). Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en

salud. Revista Salud Pública de México, 61(6, nov-dic), 726–. <https://doi.org/10.21149/10561>

Gutiérrez, A., Pupo, B., Lorenzo, A., & Cruz, A. (2022). Protocolo para la gestión de la seguridad psicológica del personal de salud en emergencias sanitarias. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48(3), 1–21. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/3573>

Hadi, M., Martel, C., Huayta, F., Rojas, R., & Arias, J. (2023). *Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://doi.org/https://doi.org/10.35622/inudi.b.073>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. In *Mc GRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.* [http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1292/1/Hernández-Metodología de la investigación.pdf](http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1292/1/Hernández-Metodología%20de%20la%20investigación.pdf)

Huergo, J. (s.f.). *Los procesos de Gestión*. <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/univpedagogica/especializaciones/seminario/materialesparadescargar/seminario4/huergo3.pdf>

Justo, S., Pola, E., Sara, G., Gil, A., Cubillo, J., & Ravelo, R. (2023). Equidad en prevención. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 16(1), 46–52. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160107>

Landázuri, A. (2019). *Facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental. Desde la perspectiva de adolescentes con depresión en Santiago de Chile*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175688>

León, P., Pría, M. del C., & Perdomo, I. (2018). Cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 186–199. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400186&lng=es&tlng=es

Lorenzo, M., Mira, J., & Moracho, O. (s.f.). La gestión por procesos en instituciones sanitarias. In *Gestión Clínica* (pp. 166–229). [https://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion procesos.pdf](https://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion%20procesos.pdf)

Maldonado, F., Álvarez, R., Maldonado, P., Cordero, G., & Capote, M. (2023). *Metodología de la investigación: De la teoría a la práctica* (3rd ed.). Puerto Madero Editorial. <https://doi.org/https://doi.org/10.55204/pmea.24>

- Ministerio de Salud del Perú (26 de abril del 2023). Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Ministerio de Salud. (2021). *Directiva sanitaria para la elaboración de protocolos basados en evidencia del hospital nacional Hipólito Unanue*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1943041/RD-150-2021-HNHU-DG %2B GUIA PROTOCOLO.pdf.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020). Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. *Minsa*, 1–243. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.pdf>
- Molero, J. (abril 28, 2023). “¿Cuál es la situación actual de la salud mental en el Perú?”. Perú 21. <https://peru21.pe/vida/salud/cual-es-la-situacion-actual-de-la-salud-mental-en-el-peru-salud-mental-salud-mental-en-el-peru-trastornos-mentales-depresion-ansiedad-articulo-noticia/>
- Monroy-Sánchez, D. C. (2020). Naturaleza del acceso a los servicios de salud mental de la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia. *Revista Salud Bosque*, 10(1), 1–15. <https://doi.org/https://doi.org/10.18270/rsb.v10i1.3053>
- Murillo-Rozo, S., & Salas-Hernández, J. (2016). Protocolo de gestión de calidad para una plataforma colaborativa. Fundación Universitaria Cafam. *Revista Electrónica Calidad En La Educación Superior*, 13, 1–23. <https://revistas.uned.ac.cr/index.php/revistacalidad/article/view/4498>
- Nickels, S. V., Campos Tomasino, M., Flamenco Arvaiza, N. A., & Hunter, C. A. (2018). Access to mental health care in El Salvador: A case study of progress toward decentralization. *Pan American Journal of Public Health*, 42, 1–9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.172>
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (Vol. 53, Issue 9). http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Política para mejorar la salud mental*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57236>
- Organismo Andino de Salud. (2022). *Plan Andino de Salud Mental 2022-2026*. <https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/Libro>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de gestión productiva de los servicios de salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31327>
- Organización de las Naciones Unidas. (26 de abril del 2023). Estado de la salud mental tras la pandemia del COVID-19 y progreso de la Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023) de la OMS. <https://www.un.org/es/cr%C3%B3nica-onu/estado-de-la-salud-mental-tras-la-pandemia-del-covid-19-y-progreso-de-la-iniciativa>

- Organización Mundial de la Salud. (26 de abril del 2023). Salud Mental.https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Organización mundial de la salud. (26 de abril del 2023). Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental.<https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (25 de abril del 2023). Brecha de tratamiento en la región de las Américas. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=pt
- Organización Panamericana de la salud (27 de abril del 2023). Estado de salud de la población. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mentales.html#:~:text=Aunque%20la%20salud%20mental%20se,2%25%20en%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes>
- Olawande, T. I., Ajayi, M. P., Amoo, E. O., Iruonagbe, T. C., & Adekeye, O. (2020). Barriers to the utilization of mental healthcare services in South West, Nigeria: Gender implications. *Anuario de Psicología*, 50(2), 98–102. <https://doi.org/10.1344/anpsic2020.50.9>
- Orozco, R., Vigo, D., Benjet, C., Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. H., Cia, A., Hwang, I., Kessler, R. C., Piazza, M., Posada-Villa, J., Rafful, C., Sampson, N., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2022). Barriers to treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 303, 273–285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.031>
- Palma, P. (2019). Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Rev. Cienc. Salud*, 17(2), 352–372. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>
- Polanía, C., Cardona, F., Castañeda, G., Vargas, I., Calvache, O., & Abanto, W. (2020). *Metodología de investigación cuantitativa y cualitativa*. Institución Universitaria Antonio José Camacho. <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/596>
- Política Nacional Multisectorial de salud al 2023. (29 de abril del 2023) <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>
- Puertas, E. B., Sotelo, J. M., & Ramos, G. (2020). Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.124>
- Quincho-Apumayta, R., Cárdenas, J., Inga-Choque, V., Bada, W., Espinoza, G., & Carlos-Yangali, H. (2022). *Metodología de la investigación científica: El*

sentido crítico, ante todo con uno mismo.
<https://doi.org/https://doi.org/10.35622/inudi.b.039>

- Rivera-Lozada, O., Rivera-Lozada, I. C., & Bonilla-Asalde, C. A. (2020). Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(4), 1–19. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400006&lng=es&tlng=es.
- Romaní Ojeda, L. A., Ladera-Porta, K., Quiñones-Laveriano, D. M., Rios-García, W., Juárez-Ubillus, A., & Vilchez-Cornejo, J. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGTBI de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 240–247. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6149>
- Romero, H., Real, J., Ordoñez, J., Gavino, G., & Saldarriaga, G. (2021). *Metodología de la investigación*. Edicumbre Editorial Corporativa. https://acvenisproh.com/libros/index.php/Libros_categoria_Academico/articulo/view/22/29
- Ropa-Carrión, B., & Alama-Flores, M. (2022). Gestión organizacional: un análisis teórico para la acción Organizational management: a theoretical analysis for action. *Revista Científica de La UCSA*, 9(1), 81–103. <https://doi.org/https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2022.009.01.081>
- Saavedra, J. E., & Galea, J. T. (2021). Access of Mental Health Services by the Adult Population in Metropolitan Lima, Peru: Characteristics, Perceptions and Need for Care. *Community Mental Health Journal*, 57(2), 228–237. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00639-y>
- Sánchez-Belmont, M. (2020). Estudio comparativo de los sistemas de salud en América Latina (Issue M). <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Estudio-comparativo-de-los-sistemas-de-salud-en-America-Latina.pdf>
- Santoyo Sánchez, G., & Arredondo-López, A. A. (2020). Revisión y análisis sobre los determinantes de acceso a los servicios de atención primaria en población adulta mayor rural y urbana. *Horizonte Sanitario*, 19(2), 175–184. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3275>
- Sieck, C. J., Rastetter, M., Hefner, J. L., Glover, A. R., Magaña, C., Gray, D. M., Joseph, J. J., Panchal, B., & Olayiwola, J. N. (2021). The Five A's of Access for TechQuity. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 32(2S), 290–299. <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0064>
- Toyama, M., Castillo, H., Galea, J. T., Brandt, L. R., Mendoza, M., Herrera, V., Mitrani, M., Cutipé, Y., Caveró, V., Diez-Canseco, F., & Miranda, J. J. (2017). Peruvian mental health reform: A framework for scaling-up mental health services. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(9), 501–508. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.07>
- Tzelios, C.; Contreras, C.; Istenes, B.; Astupillo, A.; Lecca, L.; Ramos, K.; Ramos, L.; Roca, K.; Galea, J. T.; Tovar, M.; Mitnick, C. D.; Peinado, J. (2022). Using digital chatbots to close gaps in healthcare access during the COVID-

19 pandemic. *Public Health Action*, 12(4(21)), 180–185.
<http://dx.doi.org/10.5588/pha.22.0046>

Useche, M., Artigas, W., Queipo, B., Perozo, É. (2019). Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos. Editorial Gente Nueva.
<https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/bitstream/handle/uniguajira/467/88.%20Tecnicas%20e%20instrumentos%20recolecci%C3%B3n%20de%20datos.pdf?sequence=1>

Vera, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, 25(2), 70–77.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es&tlng=es

ANEXO 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Protocolo de gestión	El protocolo es un conjunto de normas o directrices que se han establecido previamente por consenso por lo que es un documento que explica cómo actuar frente a situaciones. (Sánchez, 2018).	Se diseñará un protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud mental en proyectos sociales, por lo que no será evaluado.	1. Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico inicial 	No se utiliza una técnica pues es una investigación descriptiva con propuesta
			2. Consenso y diseño	<ul style="list-style-type: none"> • Finalidad y justificación • Objetivos • Alcance • Disposiciones generales • Disposiciones específicas 	
			3. Revisión	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación 	
Barreras de acceso a los servicios de la salud mental	Son impedimentos que dificultan el alcance a los servicios de apoyo y orientación (Abram <i>et al</i> , 2008) citado en Landázuri, 2019)	Se evaluará mediante un cuestionario con preguntas cerradas y calificación según Likert.	1. Geográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Distancia • Limitaciones físicas de desplazamiento • Limitaciones emocionales de desplazamiento • Tiempo 	Likert: Ordinal 1: Totalmente en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4: De acuerdo 5: Totalmente de acuerdo
			2. Económicas	<ul style="list-style-type: none"> • Costo de servicios • Costo de transporte • Falta de seguro de salud • Ingresos económicos bajos 	
			3. Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de reconocimiento de síntomas de problemas de salud mental • Desconocimiento de ruta de atención en salud mental. • Falta de información sobre los servicios disponibles. 	
			4. Actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma • Desconfianza en los profesionales • Normalización de problemas de salud mental • No disponibilidad de tiempo • Temor a tratamiento no efectivo • Temor a generar dependencia a medicamentos 	
			5. Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de profesionales de salud mental • Horarios de atención poco flexibles • Tiempo de espera para citas • Limitaciones en la cobertura del seguro • Trámites complejos 	

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales según percepción de trabajadores de proyectos sociales

Debido a que se ha evidenciado que existen algunas situaciones que dificultan a los beneficiarios de proyectos sociales el acceso a los servicios de la salud mental, se ha iniciado un proceso de gestión para reducir estas barreras por lo que requerimos su opinión para identificar estas dificultades y plasmas las estrategias de mejora.

Instrucciones En base a su experiencia en el trabajo con beneficiarios de proyectos sociales que presentaron algún problema de salud mental, le pedimos que lea cada afirmación y marque la opción que mejor refleje su percepción. Se utiliza la escala de 1 a 5, donde 1 significa "Totalmente en desacuerdo" y 5 significa "Totalmente de acuerdo".

4	5	3	2	1
De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Barreras geográficas		5	4	3	2	1
1.	De acuerdo a su percepción: ¿Para los beneficiarios de proyectos sociales, la distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud es un obstáculo importante para acceder a servicios de salud mental?					
2.	De acuerdo a su percepción: ¿Las dificultades físicas como movilidad reducida (dificultad para caminar), problemas visuales, dolor físico u otros limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?					
3.	De acuerdo a su percepción: ¿Sentirse abrumado, con miedo intenso, triste, con vergüenza o sensación de desconexión emocional limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?					
4.	De acuerdo a su percepción: ¿El tiempo que debe invertir el beneficiario de proyectos sociales para trasladarse a un establecimiento de salud afecta negativamente el acceso a servicios de salud mental?					
Barreras económicas		5	4	3	2	1
5.	De acuerdo a su percepción: ¿El costo de las tarifas de atención y tratamiento para los problemas emocionales dificultan el acceso a los servicios de salud mental en los beneficiarios de proyectos sociales?					
6.	De acuerdo a su percepción: ¿El costo adicional asociado a trasladarse a un establecimiento de salud para recibir atención en salud mental es un obstáculo significativo para los beneficiarios de proyectos sociales?					
7.	De acuerdo a su percepción: ¿No tener un seguro de salud dificulta el acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?					
8.	De acuerdo a su percepción: ¿Los ingresos económicos de los beneficiarios de proyectos sociales son insuficientes para pagar los costos de atención de los servicios de salud mental?					

Barreras de conocimiento		5	4	3	2	1
9.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuáles son los síntomas de los problemas de salud mental lo que genera que no logren identificarlos y buscar ayuda profesional oportuna?					
10.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuál es el proceso para solicitar una cita o atención en salud mental cuando lo necesitan?					
11.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales no están familiarizados con los servicios de salud mental disponibles en su establecimiento de salud o comunidad?					
Barreras actitudinales		5	4	3	2	1
12.	De acuerdo a su percepción: ¿El estigma asociado a los problemas de salud mental genera que los beneficiarios de proyectos sociales duden en buscar ayuda y/o sientan miedo de ser juzgados si buscan ayuda profesional?					
13.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los profesionales de salud mental son jóvenes o no han experimentado sus mismas vivencias por lo que no están capacitados para ayudarles con sus problemas emocionales?					
14.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que sus problemas emocionales no son lo suficientemente graves como para buscar ayuda profesional?					
15.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que pueden manejar sus problemas emocionales por sí mismos sin necesidad de ayuda profesional?					
16.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales no disponen de tiempo para acudir a una atención en salud mental?					
17.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a que la atención y tratamiento no sea efectivo en recuperar su salud mental?					
18.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a generar adicción a los medicamentos de tipo psiquiátrico?					
Barreras institucionales		5	4	3	2	1
19.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que existe una falta de profesionales de salud mental como psicólogos o psiquiatras para atender a todas las personas que presentan problemas de salud mental en su establecimiento de salud o comunidad?					
20.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los horarios de atención son poco flexibles por lo que no puede acceder a los servicios de salud mental?					
21.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que las colas y tiempos de espera para recibir una atención en salud mental son demasiado largos, lo que obstaculiza su acceso a estos servicios?					
22.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que su seguro de salud tiene restricciones que limitan su acceso a los servicios de salud mental?					
23.	De acuerdo a su percepción: ¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que solicitar una cita o atención en salud mental es muy complejo por los requisitos y trámites que debe realizar?					

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: “Protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a la salud mental en proyectos sociales 2023”.

Investigadora: Lic. Karen Patricia Calongos Vallejos

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a la salud mental en proyectos sociales 2023”, cuyo objetivo es proponer un protocolo de gestión que ayude a disminuir las barreras existentes en el acceso a los servicios de salud mental por parte de los beneficiarios proyectos sociales. La investigación es desarrollada por la estudiante de posgrado de la maestría Gestión de los servicios de la salud, de la Universidad César Vallejo del Campus Lima Norte, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución.

Las barreras de acceso a la salud mental dificultan que los beneficiarios de proyectos sociales no reciben una atención oportuna, lo que genera que sus problemas emocionales se intensifiquen incluso ocasionando discapacidad o muerte. Además, generan un gran costo a nivel familiar y social.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará un cuestionario en el cual se recogerán datos sociodemográficos y preguntas sobre la investigación titulada: “Protocolo de gestión para disminuir las barreras de acceso a la salud mental en proyectos sociales 2023”
2. Este cuestionario tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación si no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzarán a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador (a) Calongos Vallejos Karen Patricia email: patriciacalongos@gmail.com

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

ANEXO 4: MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer investigativo. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez:

Nombre del juez:	Julissa Rita Oyanguren Amoros		
Grado profesional:	Maestría (X)	Doctor	(X)
Área de formación académica:	Clínica ()	Social	()
	Educativa (X)	Organizacional	()
Áreas de experiencia profesional:	Docente del área de investigación		
Institución donde labora:	Universidad de Ciencias y Humanidades		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X)	Más de 5 años	()

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales
Autora:	Karen Patricia Calongos Vallejos
Procedencia:	Lima - Perú
Administración:	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación:	No hay tiempo límite, se resuelve entre 10 a 15 min
Ámbito de aplicación:	Mayores de 18 años
Significación:	Evaluación de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en cinco dimensiones: 1. Barreras geográficas (4 ítems) 2. Barreras económicas (4 ítems) 3. Barreras de conocimiento (3 ítems) 4. Barreras actitudinales (7 ítems) 5. Barreras institucionales (5 ítems) La calificación es tipo Likert de 1 a 5 puntos. Donde 1 es "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo".

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Dimensiones del instrumento:

- **Primera dimensión:** Barreras geográficas
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud mental que incluyen distancia, limitaciones de desplazamiento y tiempo.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Distancia	¿Para los beneficiarios de proyectos sociales, la distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud es un obstáculo importante para acceder a servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna
Limitaciones físicas de desplazamiento	¿Las dificultades físicas como movilidad reducida (dificultad para caminar), problemas visuales, dolor físico u otros limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Limitaciones emocionales de desplazamiento	Sentirse abrumado, con miedo intenso, triste, con vergüenza o sensación de desconexión emocional limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales.	4	4	4	Ninguna
Tiempo	El tiempo que debe invertir para trasladarse a un establecimiento de salud afecta negativamente su acceso a servicios de salud mental.	4	4	4	Ninguna

- **Segunda dimensión:** Barreras económicas
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Costo de servicios	¿El costo de las tarifas de atención y tratamiento para los problemas emocionales dificultan el acceso a los servicios de salud mental en los beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	CAMBIAR DIFICULTAD POR DIFICULTAN
Costo de transporte	¿El costo adicional asociado a trasladarse a un establecimiento de salud para recibir atención en salud mental es un obstáculo significativo para los beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Falta de seguro de salud	¿No tener un seguro de salud dificulta el acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Ingresos económicos bajos	¿Los ingresos económicos de los beneficiarios de proyectos sociales son insuficientes para pagar los costos de atención de los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna

- **Tercera dimensión:** Barreras de conocimiento.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras de conocimiento para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Dificultades de reconocimiento de síntomas de problemas de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuáles son los síntomas de los problemas de salud mental lo que genera que no logren identificarlos y buscar ayuda	4	4	4	Ninguna

	profesional oportuna?				
Desconocimiento de ruta de atención en salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuál es el proceso para solicitar una cita o atención en salud mental cuando lo necesitan?	4	4	4	Ninguna
Falta de información sobre los servicios disponibles	¿Los beneficiarios de proyectos sociales no están familiarizados con los servicios de salud mental disponibles en su establecimiento de salud o comunidad?	4	4	4	Ninguna

- **Cuarta dimensión:** Barreras actitudinales.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras actitudinales para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estigma	¿El estigma asociado a los problemas de salud mental genera que los beneficiarios de proyectos sociales duden en buscar ayuda y/o sientan miedo de ser juzgados si buscan ayuda profesional?	4	4	4	Ninguna
Desconfianza en los profesionales	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los profesionales de salud mental son jóvenes o no han experimentado sus mismas vivencias por lo que no están capacitados para ayudarles con sus problemas emocionales?	4	4	4	Ninguna
Normalización de problemas de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que sus problemas emocionales no son lo suficientemente graves como para buscar ayuda profesional?	4	4	4	Ninguna
	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que pueden manejar sus problemas emocionales por sí mismos sin	4	4	4	Ninguna

	necesidad de ayuda profesional?				
No disponibilidad de tiempo.	¿Los beneficiarios de proyectos sociales no disponen de tiempo para acudir a una atención en salud mental?	4	4	4	Ninguna
Temor a un tratamiento no efectivo	¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a que la atención y tratamiento no sea efectivo en recuperar su salud mental?	4	4	4	Ninguna
Temor a generar adicción a medicamentos.	¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a generar adicción a los medicamentos de tipo psiquiátrico?	4	4	4	Ninguna

- **Quinta dimensión:** Barreras institucionales.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras institucionales para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Falta de profesionales de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que existe una falta de profesionales de salud mental como psicólogos o psiquiatras para atender a todas las personas que presentan problemas de salud mental en su establecimiento de salud o comunidad?	4	4	4	Ninguna
Horarios de atención poco flexibles	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los horarios de atención son poco flexibles por lo que no puede acceder a los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna
Tiempo de espera para citas	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que las colas y tiempos de espera para recibir una atención en salud mental son demasiado largos, lo	4	4	4	Ninguna

	que obstaculiza su acceso a estos servicios?				
Limitaciones en la cobertura del seguro	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que su seguro de salud tiene restricciones que limitan su acceso a los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna
Trámites complejos	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que solicitar una cita o atención en salud mental es muy complejo por los requisitos y trámites que debe realizar?	4	4	4	Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Julissa Rita Oyanguren Amorós

Especialidad del validador: Docente del área de investigación.

24 de junio del 2023

Firma del Experto validador

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer investigativo. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez:

Nombre del juez:	HUGO ALEJANDRO MANRIQUE CHICOMA	
Grado profesional:	Maestría (x)	Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x)	Social (x)
	Educativa (x)	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Docente temático en gestión y gerencia de servicios de salud	
Institución donde labora:	Consultor asociado a ONGs y en la UCV	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	
	Más de 5 años (X)	

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales
Autora:	Karen Patricia Calongos Vallejos
Procedencia:	Lima - Perú
Administración:	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación:	No hay tiempo límite, se resuelve entre 10 a 15 min
Ámbito de aplicación:	Mayores de 18 años
Significación:	<p>Evaluación de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en cinco dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Barreras geográficas (4 ítems) 2. Barreras económicas (4 ítems) 3. Barreras de conocimiento (3 ítems) 4. Barreras actitudinales (7 ítems) 5. Barreras institucionales (5 ítems) <p>La calificación es tipo Likert de 1 a 5 puntos. Donde 1 es "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo".</p>

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Dimensiones del instrumento:

- **Primera dimensión:** Barreras geográficas
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud mental que incluyen distancia, limitaciones de desplazamiento y tiempo.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Distancia	¿Para los beneficiarios de proyectos sociales, la distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud es un obstáculo importante para acceder a servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna
Limitaciones físicas de desplazamiento	¿Las dificultades físicas como movilidad reducida (dificultad para caminar), problemas visuales, dolor físico u otros limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Limitaciones emocionales de desplazamiento	¿Sentirse abrumado, con miedo intenso, triste, con vergüenza o sensación de desconexión emocional limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Tiempo	¿El tiempo que debe invertir para trasladarse a un establecimiento de salud afecta negativamente su acceso a servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna

- **Segunda dimensión:** Barreras económicas
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Costo de servicios	¿El costo de las tarifas de atención y tratamiento para los problemas emocionales dificultan el acceso a los servicios de salud mental en los beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Costo de transporte	¿El costo adicional asociado a trasladarse a un establecimiento de salud para recibir atención en salud mental es un obstáculo significativo para los beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Falta de seguro de salud	¿No tener un seguro de salud dificulta el acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Ingresos económicos bajos	¿Los ingresos económicos de los beneficiarios de proyectos sociales son insuficientes para pagar los costos de atención de los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna

- **Tercera dimensión:** Barreras de conocimiento.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras de conocimiento para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Dificultades de reconocimiento de síntomas de problemas de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuáles son los síntomas de los problemas de salud mental lo que genera que no logren identificarlos y buscar ayuda profesional oportuna?	4	4	4	Ninguna
Desconocimiento de ruta de atención en salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuál es el proceso para solicitar una cita o atención en salud mental cuando lo necesitan?	4	4	4	Ninguna
Falta de información sobre los servicios disponibles	¿Los beneficiarios de proyectos sociales no están familiarizados con los servicios de salud mental disponibles en su establecimiento de salud o comunidad?	4	4	4	Ninguna

- **Cuarta dimensión:** Barreras actitudinales.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras actitudinales para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estigma	¿El estigma asociado a los problemas de salud mental genera que los beneficiarios de proyectos sociales duden en buscar ayuda y/o sientan miedo de ser juzgados si buscan ayuda profesional?	4	4	4	Ninguna
Desconfianza en los profesionales	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los profesionales de salud mental son jóvenes o no han experimentado sus mismas vivencias por lo que no están capacitados para ayudarles con sus problemas emocionales?	4	4	4	Ninguna
Normalización de problemas de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que sus problemas emocionales no son lo suficientemente graves como para buscar ayuda profesional?	4	4	4	Ninguna
	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que pueden manejar sus problemas emocionales por sí mismos sin necesidad de ayuda profesional?	4	4	4	Ninguna
No disponibilidad de tiempo.	¿Los beneficiarios de proyectos sociales no disponen de tiempo para acudir a una atención en salud mental?	4	4	4	Ninguna
Temor a un tratamiento no efectivo	¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a que la atención y tratamiento no sea efectivo en recuperar su salud mental?	4	4	4	Ninguna
Temor a generar adicción a medicamentos.	¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a generar adicción a los medicamentos de tipo psiquiátrico?	4	4	4	Ninguna

- **Quinta dimensión:** Barreras institucionales.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras institucionales para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Falta de profesionales de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que existe una falta de profesionales de salud mental como psicólogos o psiquiatras para atender a todas las personas que presentan problemas de salud mental en su establecimiento de salud o comunidad?	4	4	4	Ninguna
Horarios de atención poco flexibles	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los horarios de atención son poco flexibles por lo que no puede acceder a los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna
Tiempo de espera para citas	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que las colas y tiempos de espera para recibir una atención en salud mental son demasiado largos, lo que obstaculiza su acceso a estos servicios?	4	4	4	Ninguna
Limitaciones en la cobertura del seguro	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que su seguro de salud tiene restricciones que limitan su acceso a los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna
Trámites complejos	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que solicitar una cita o atención en salud mental es muy complejo por los requisitos y trámites que debe realizar?	4	4	4	Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia): **EL INSTRUMENTO MUESTRA SUFICIENCIA PARA LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: **Manrique Chicoma, Hugo Alejandro**

Especialidad del validador: **Docente temático de la Maestría de Gestión de los Servicios de Salud**

27 de junio de 2023



Firma del Experto validador

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer investigativo. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez:

Nombre del juez:	Mercado Cordero Guadalupe	
Grado profesional:	Maestría (X)	Doctor (X)
Área de formación académica:	Clínica ()	Social ()
	Educativa (X)	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Educativa, investigación	
Institución donde labora:	I.E. La Fe de María	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	
	Más de 5 años (X)	

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales
Autora:	Karen Patricia Calongos Vallejos
Procedencia:	Lima - Perú
Administración:	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación:	No hay tiempo límite, se resuelve entre 10 a 15 min
Ámbito de aplicación:	Mayores de 18 años
Significación:	<p>Evaluación de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en cinco dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Barreras geográficas (4 ítems) 2. Barreras económicas (4 ítems) 3. Barreras de conocimiento (3 ítems) 4. Barreras actitudinales (7 ítems) 5. Barreras institucionales (5 ítems) <p>La calificación es tipo Likert de 1 a 5 puntos. Donde 1 es "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo".</p>

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Dimensiones del instrumento:

- **Primera dimensión:** Barreras geográficas
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud mental que incluyen distancia, limitaciones de desplazamiento y tiempo.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Distancia	¿Para los beneficiarios de proyectos sociales, la distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud es un obstáculo importante para acceder a servicios de salud mental?	4	4	4	Sin observaciones
Limitaciones físicas de desplazamiento	¿Las dificultades físicas como movilidad reducida (dificultad para caminar), problemas visuales, dolor físico u otros limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Sin observaciones
Limitaciones emocionales de desplazamiento	¿Sentirse abrumado, con miedo intenso, triste, con vergüenza o sensación de desconexión emocional limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Sin observaciones
Tiempo	¿El tiempo que debe invertir para trasladarse a un establecimiento de salud afecta negativamente su acceso a servicios de salud mental?	4	4	4	Sin observaciones

- **Segunda dimensión:** Barreras económicas
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Costo de servicios	¿El costo de las tarifas de atención y tratamiento para los problemas emocionales dificultan el acceso a los servicios de salud mental en los beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Sin observaciones
Costo de transporte	¿El costo adicional asociado a trasladarse a un establecimiento de salud para recibir atención en salud mental es un obstáculo significativo para los beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Sin observaciones
Falta de seguro de salud	¿No tener un seguro de salud dificulta el acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Sin observaciones
Ingresos económicos bajos	¿Los ingresos económicos de los beneficiarios de proyectos sociales son insuficientes para pagar los costos de atención de los servicios de salud mental?	4	4	4	Sin observaciones

- **Tercera dimensión:** Barreras de conocimiento.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras de conocimiento para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Dificultades de reconocimiento de síntomas de problemas de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuáles son los síntomas de los problemas de salud mental lo que genera que no logren identificarlos y buscar ayuda profesional oportuna?	4	4	4	Sin observaciones
Desconocimiento de ruta de atención en salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuál es el proceso para solicitar una cita o atención en salud mental cuando lo necesitan?	4	4	4	Sin observaciones
Falta de información sobre los servicios disponibles	¿Los beneficiarios de proyectos sociales no están familiarizados con los servicios de salud mental disponibles en su establecimiento de salud o comunidad?	4	4	4	Sin observaciones

- **Cuarta dimensión:** Barreras actitudinales.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras actitudinales para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estigma	¿El estigma asociado a los problemas de salud mental genera que los beneficiarios de proyectos sociales duden en buscar ayuda y/o sientan miedo de ser juzgados si buscan ayuda profesional?	4	4	4	Sin observaciones
Desconfianza en los profesionales	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los profesionales de salud mental son jóvenes o no han experimentado sus mismas vivencias por lo que no están capacitados para ayudarles con sus problemas emocionales?	4	4	4	Sin observaciones
Normalización de problemas de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que sus problemas emocionales no son lo suficientemente graves como para buscar ayuda profesional?	4	4	4	Sin observaciones
	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que pueden manejar sus problemas emocionales por sí mismos sin necesidad de ayuda profesional?	4	4	4	Sin observaciones
No disponibilidad de tiempo.	¿Los beneficiarios de proyectos sociales no disponen de tiempo para acudir a una atención en salud mental?	4	4	4	Sin observaciones
Temor a un tratamiento no efectivo	¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a que la atención y tratamiento no sea efectivo en recuperar su salud mental?	4	4	4	Sin observaciones
Temor a generar adicción a medicamentos.	¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a generar adicción a los medicamentos de tipo psiquiátrico?	4	4	4	Sin observaciones

- **Quinta dimensión:** Barreras institucionales.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras institucionales para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Falta de profesionales de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que existe una falta de profesionales de salud mental como psicólogos o psiquiatras para atender a todas las personas que presentan problemas de salud mental en su establecimiento de salud o comunidad?	4	4	4	Sin observaciones
Horarios de atención poco flexibles	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los horarios de atención son poco flexibles por lo que no puede acceder a los servicios de salud mental?	4	4	4	Sin observaciones
Tiempo de espera para citas	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que las colas y tiempos de espera para recibir una atención en salud mental son demasiado largos, lo que obstaculiza su acceso a estos servicios?	4	4	4	Sin observaciones
Limitaciones en la cobertura del seguro	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que su seguro de salud tiene restricciones que limitan su acceso a los servicios de salud mental?	4	4	4	Sin observaciones
Trámites complejos	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que solicitar una cita o atención en salud mental es muy complejo por los requisitos y trámites que debe realizar?	4	4	4	Sin observaciones

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mercado Cordero Guadalupe

Especialidad del validador: Docencia e investigación

26 de junio del 2023



Firma del Experto validador

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer investigativo. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez:

Nombre del juez:	Jenny Rosmery Sanchez Huaman		
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor	(X)
Área de formación académica:	Clínica ()	Social	()
	Educativa (x)	Organizacional	()
Áreas de experiencia profesional:	Profesora de investigación		
Institución donde labora:	Universidad de Ciencias y Humanidades		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años	(X)

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales
Autora:	Karen Patricia Calongos Vallejos
Procedencia:	Lima - Perú
Administración:	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación:	No hay tiempo límite, se resuelve entre 10 a 15 min
Ámbito de aplicación:	Mayores de 18 años
Significación:	<p>Evaluación de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en cinco dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Barreras geográficas (4 ítems) 2. Barreras económicas (4 ítems) 3. Barreras de conocimiento (3 ítems) 4. Barreras actitudinales (7 ítems) 5. Barreras institucionales (5 ítems) <p>La calificación es tipo Likert de 1 a 5 puntos. Donde 1 es "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo".</p>

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Dimensiones del instrumento:

- **Primera dimensión:** Barreras geográficas
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud mental que incluyen distancia, limitaciones de desplazamiento y tiempo.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Distancia	¿Para los beneficiarios de proyectos sociales, la distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud es un obstáculo importante para acceder a servicios de salud mental?	4	4	3	Ninguna
Limitaciones físicas de desplazamiento	¿Las dificultades físicas como movilidad reducida (dificultad para caminar), problemas visuales, dolor físico u otros limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Limitaciones emocionales de desplazamiento	¿Sentirse abrumado, con miedo intenso, triste, con vergüenza o sensación de desconexión emocional limitan el desplazamiento para acceder a servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	3	4	Ninguna
Tiempo	¿El tiempo que debe invertir para trasladarse a un establecimiento de salud afecta negativamente su acceso a servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna

- **Segunda dimensión:** Barreras económicas
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Costo de servicios	¿El costo de las tarifas de atención y tratamiento para los problemas emocionales dificultan el acceso a los servicios de salud mental en los beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	3	Ninguna
Costo de transporte	¿El costo adicional asociado a trasladarse a un establecimiento de salud para recibir atención en salud mental es un obstáculo significativo para los beneficiarios de proyectos sociales?	4	4	4	Ninguna
Falta de seguro de salud	¿No tener un seguro de salud dificulta el acceso a los servicios de salud mental en beneficiarios de proyectos sociales?	4	3	4	Ninguna
Ingresos económicos bajos	¿Los ingresos económicos de los beneficiarios de proyectos sociales son insuficientes para pagar los costos de atención de los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna

- **Tercera dimensión:** Barreras de conocimiento.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras de conocimiento para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Dificultades de reconocimiento de síntomas de problemas de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuáles son los síntomas de los problemas de salud mental lo que genera que no logren identificarlos y buscar ayuda profesional oportuna?	4	4	4	Ninguna
Desconocimiento de ruta de atención en salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales desconocen cuál es el proceso para solicitar una cita o atención en salud mental cuando lo necesitan?	4	4	3	Ninguna
Falta de información sobre los servicios disponibles	¿Los beneficiarios de proyectos sociales no están familiarizados con los servicios de salud mental disponibles en su establecimiento de salud o comunidad?	4	4	3	Ninguna

- **Cuarta dimensión:** Barreras actitudinales.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras actitudinales para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estigma	¿El estigma asociado a los problemas de salud mental genera que los beneficiarios de proyectos sociales duden en buscar ayuda y/o sientan miedo de ser juzgados si buscan ayuda profesional?	4	4	4	Ninguna
Desconfianza en los profesionales	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los profesionales de salud mental son jóvenes o no han experimentado sus mismas vivencias por lo que no están capacitados para ayudarles con sus problemas emocionales?	4	4	4	Ninguna
Normalización de problemas de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que sus problemas emocionales no son lo suficientemente graves como para buscar ayuda profesional?	4	4	4	Ninguna
	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que pueden manejar sus problemas emocionales por sí mismos sin necesidad de ayuda profesional?	4	4	4	Ninguna
No disponibilidad de tiempo.	¿Los beneficiarios de proyectos sociales no disponen de tiempo para acudir a una atención en salud mental?	4	4	4	Ninguna
Temor a un tratamiento no efectivo	¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a que la atención y tratamiento no sea efectivo en recuperar su salud mental?	4	4	3	Ninguna
Temor a generar adicción a medicamentos.	¿Los beneficiarios de proyectos sociales mencionan tener temor a generar adicción a los medicamentos de tipo psiquiátrico?	4	4	3	Ninguna

- **Quinta dimensión:** Barreras institucionales.
- **Objetivos de la Dimensión:** Evalúa las barreras institucionales para el acceso a los servicios de salud mental.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Falta de profesionales de salud mental	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que existe una falta de profesionales de salud mental como psicólogos o psiquiatras para atender a todas las personas que presentan problemas de salud mental en su establecimiento de salud o comunidad?	4	4	4	Ninguna
Horarios de atención poco flexibles	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que los horarios de atención son poco flexibles por lo que no puede acceder a los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna
Tiempo de espera para citas	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que las colas y tiempos de espera para recibir una atención en salud mental son demasiado largos, lo que obstaculiza su acceso a estos servicios?	4	4	4	Ninguna
Limitaciones en la cobertura del seguro	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que su seguro de salud tiene restricciones que limitan su acceso a los servicios de salud mental?	4	4	4	Ninguna
Trámites complejos	¿Los beneficiarios de proyectos sociales consideran que solicitar una cita o atención en salud mental es muy complejo por los requisitos y trámites que debe realizar?	4	4	3	Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Sin observación

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

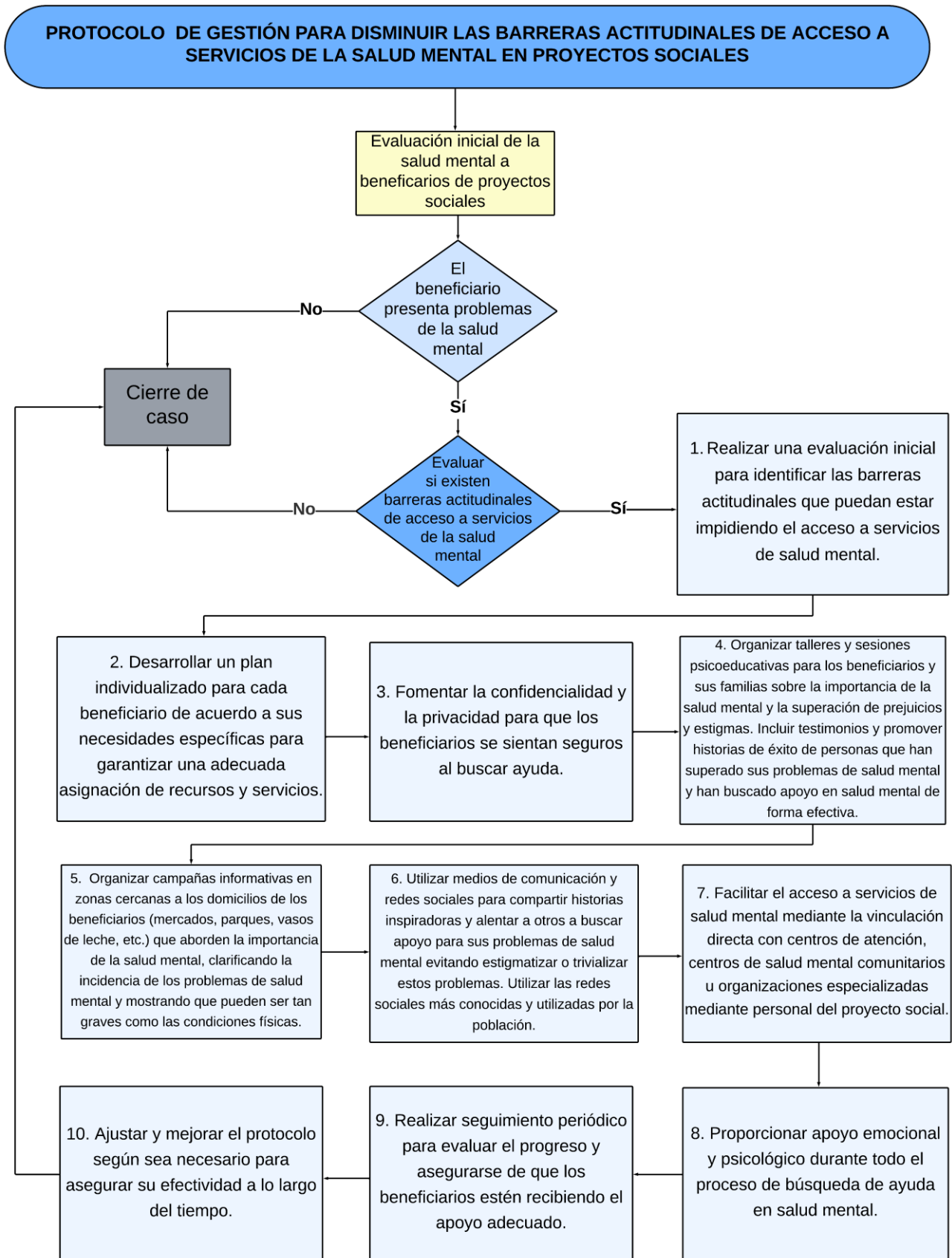
Apellidos y nombres del juez validador: Sanchez Huaman Jenny Rosmery

Especialidad del validador: Docente de investigación, Doctorado en Gestión pública y gobernabilidad

27 de junio de 2023


Firma del Experto validador

ANEXO 5: FLUJOGRAMA DE GESTIÓN PARA BARRERAS ACTITUDINALES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL



ANEXO 6: FLUJOGRAMA DE GESTIÓN PARA BARRERAS INSTITUCIONALES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

