



**UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico  
General**

**Barreras para el tratamiento farmacológico y no farmacológico  
de la depresión unipolar en América Latina y el Caribe. Una  
Revisión Sistemática**

**Autor (a):**

**María del Carmen Moscoso Jerves  
Paula Isabel Mosquera Cevallos**

**Director (a):**

**Dra. Miriann Alexandra Mora Verdugo**

**Asesor (a) Metodológico (a):**

**Dra. Georgina Muñoz**

**Cuenca, 25 de junio de 2023**

## Resumen

**Introducción:** La depresión unipolar es una de las patologías más prevalentes a nivel mundial, es el segundo trastorno mental más común, convirtiéndose en un problema de salud pública. Existen varias opciones de tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, que buscan mejorar los síntomas y aminorar las complicaciones. Sin embargo, a pesar de las opciones disponibles muchos pacientes no acceden al tratamiento o tienen una pobre adherencia al mismo.

**Objetivo:** Identificar las barreras que se presentan en cuanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la depresión unipolar en Latinoamérica y el Caribe.

**Metodología:** El presente artículo es una revisión sistemática. La búsqueda de artículos se llevó a cabo en las bases de datos Scopus, Tripdatabase, SciELO, PubMed, WOS, Embase, ProQuest y Google Scholar para identificar estudios primarios cuantitativos con poblaciones mayores de 18 años, latinos, hispanicos o caribeños, que identifiquen las barreras para el tratamiento de depresión unipolar. Para esto, se utilizaron términos MeSH, operadores booleanos y términos libres. El cribado bibliográfico se realizó con gestores bibliográfico EndNote 20.5TM y Mendeley, los resultados se recopilaron y sintetizaron en Microsoft Excel.

**Resultados:** Se obtuvo una población de 2740 participantes, de los cuales la mayoría fueron mujeres (72,04%) y la principal etnia de estudio fueron latinos (58,94%). Del total, un promedio de 72,3% de pacientes no se adhirieron al tratamiento, siendo el 53,31% latinos. Se observaron barreras actitudinales y estructurales, entre las cuales se mencionaron “manejar el problema por uno mismo” (52,83%) y el rechazo o creencia de ineffectividad del tratamiento (33,57%), entre otras. La edad mayor y la presencia de síntomas melancólicos fueron variables relevantes, pero fueron reportadas tanto protectoras como de riesgo en 2 estudios. El tratamiento no farmacológico y el mixto fueron los más estudiados, ambos siendo reportados en un 37,50% de los artículos revisados.

**Conclusiones:** En esta revisión sistemática se demostró que existe una pobre adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, en su mayoría, de origen latino.

A pesar de las opciones de tratamiento, existen barreras que impiden a la población el acceso a estos o dificultan que exista un tratamiento adecuado. Dentro de estas, se encuentran las barreras actitudinales y estructurales, como la percepción de mejorar por uno mismo, la barrera del lenguaje, la discriminación y el rechazo o creencia de ineffectividad del tratamiento.

**Palabras clave:** Barreras, Terapéutica, Tratamiento farmacológico, Tratamiento no farmacológico, Depresión unipolar, América Latina, Caribe.

**Abstract:**

**Introduction:** Unipolar depression is one of the most prevalent pathologies worldwide, it is the second most common mental disorder, becoming a public health issue. There are several treatment options, both pharmacological and non-pharmacological, that seek to improve symptoms and reduce complications. However, despite the options available, many patients do not access treatment or have poor adherence to it.

**Objective:** To identify the barriers to pharmacological and non-pharmacological treatment of unipolar depression in Latin America and the Caribbean.


**Methodology:** This article is a systematic review. The search was carried out using the databases Scopus, Tripdatabase, SciELO, PubMed, WOS, Embase, ProQuest and Google Scholar to identify primary quantitative studies with populations older than 18 years, Latin, Hispanic or Caribbean, which identify barriers for the treatment of unipolar depression. For this research, MeSH terms, Boolean operators and free terms were used. Bibliographic screening was performed with EndNote 20.5TM and Mendeley bibliographic managers, and the results were compiled and synthesized in Microsoft Excel.

**Results:** A population of 2740 participants was obtained, of which the majority were women (72.04%) and the primary ethnicity studied was Latino (58.94%). Of all the studies, an average of 72.3% of patients failed to adhere to treatment, 53.31% being Latinos. Attitudinal and structural barriers were observed, which included "handling

the problem by their own" (52.83%) and rejection or belief of ineffectiveness of treatment (33.57%) were mentioned, among others. Older age and the presence of melancholic symptoms were relevant variables but were reported to be both protective and risk factors in 2 of the studies researched. Non-pharmacological and mixed treatment were the most studied, both being reported in 37.50% of the articles reviewed.

Conclusions: This systematic review showed there is poor adherence to treatment by patients, mostly of Latino origin. Despite evidence-based treatment options, there are barriers that prevent the population from accessing them or make it difficult to obtain adequate treatment. Among these are attitudinal and structural barriers, such as perception of self-improvement, language barrier, discrimination and the rejection or belief that treatment will be ineffective.

**Key Words:** Barriers, Therapeutics, Pharmacological treatment, Non-pharmacological treatment, Unipolar depression, Latin America, Caribbean.



María del Carmen Moscoso Jerves



Paula Isabel Mosquera Cevallos



Directora: Dra. Miriann Mora



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
 DEPARTAMENTO DE LENGUAS  
 Dpto. Idiomas

## Introducción

La depresión es un trastorno mental que se define como “un estado de tristeza persistente y pérdida de interés en actividades que normalmente se disfrutaban, así como, la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas. Estos síntomas deben estar presentes por al menos dos semanas” (1). Además de estas características, se encuentra con frecuencia síntomas como: cansancio importante, trastornos del sueño, disminución del apetito, pérdida de peso, retraso psicomotor, agitación, baja autoestima, e ideas de culpa (2). Esta patología se puede dividir en trastorno depresivo bipolar y unipolar. Dentro de este, dependiendo de los síntomas y la intensidad de los mismos, puede clasificarse en leve, moderada o severa (3,4). Adicionalmente, la depresión conlleva diferentes complicaciones, entre ellas se encuentra el suicidio, el cual ocurre principalmente en varones(3,5). Asimismo, es considerada una de las principales causas de discapacidad por deterioro funcional, afectando la calidad de vida al impactar de forma negativa en las relaciones interpersonales (6,7). Por otro lado, se ha observado una estrecha relación entre la depresión y el mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y comportamientos autodestructivos (6,8).

La prevalencia mundial de esta patología alcanza hasta el 15%, siendo la depresión unipolar uno de sus más grandes contribuyentes, puesto que, aproximadamente 185 millones de personas padecen esta enfermedad (2,5%) (3). En cuanto a América Latina y el Caribe la prevalencia va desde 2,50% a 3,19% (9).

La creciente carga de trastornos mentales, también se presenta como un problema en esta región, siendo el 22% de la carga total de enfermedad (5). Según el Global Health Data Exchange, la carga de la enfermedad a nivel de Sudamérica para el año 2019 fue de 190 138,84 personas con depresión (9).

Para lograr un manejo adecuado de la depresión se debe individualizar el tratamiento, para lo que existen diversas opciones tanto farmacológicas como no farmacológicas. Estas se pueden utilizar simultáneamente con el objetivo de lograr remisión de los síntomas y restaurar la funcionalidad basal del paciente (3). Entre las opciones disponibles de tratamiento no farmacológico se encuentran las

intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, como la terapia cognitiva conductual, terapia de resolución de problemas, terapias interpersonales, entre otras; siendo las terapias cognitivas conductuales las más usadas (10,11). De igual manera, para el tratamiento farmacológico existen gran variedad de medicamentos con actividad antidepresiva. Dentro de estas opciones se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), antidepresivos tricíclicos, entre otros (12). Los fármacos más utilizados son los ISRS, que es prescrito según el análisis del balance riesgo - beneficio (8).

La gran prevalencia de depresión obliga a los sistemas de salud a instaurar medidas efectivas de tratamiento, siendo la adherencia un papel fundamental para esto (13). La adherencia terapéutica hace referencia a cómo el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con su salud, siendo activo y colaborador con el equipo médico (13). Estas pueden ser la asistencia a consulta médica, tomar los medicamentos como se ha indicado, cambios en el estilo de vida y realizarse análisis complementarios (13). Por otro lado, la no adherencia es la falla del cumplimiento de las indicaciones terapéuticas de manera voluntaria o involuntaria, que se podría dar por omisión en la toma o abandono del tratamiento (13).

Este problema se debe en su mayoría a que existen barreras en torno al tema, las cuales pueden darse tanto por parte del personal de salud como del paciente (13). En cuanto a las barreras a nivel de la población se ha visto que el estigma juega un papel importante alrededor de las enfermedades mentales (14). En varios estudios, se ha observado que existe duda sobre la "veracidad" del trastorno mental, en su mayoría por el desconocimiento (14). Además, la salud mental, en muchas poblaciones, es un tema poco tratado entre la comunidad, lo que conlleva a la aparición de trastornos y a la falta de adherencia (15).

Adicionalmente, muchos estudios sobre el tema se han llevado a cabo en poblaciones latinas, señalando la etnia y raza como factores influyentes (16). Por otra parte, también tienen un rol importante el médico y el personal de salud,

presentando barreras que dificultan el acceso como: la falta de recursos, de personal capacitado y una deficiente relación médico-paciente (16).

Además, según la OMS aproximadamente un 75% de los pacientes con depresión, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, no reciben tratamiento (3). En el caso de recibir tratamiento, su efectividad fluctúa, siendo en un 23% en países de ingresos altos, mientras que en países de ingresos bajos a medios es de apenas un 3% (5). Se ha visto que los pacientes tienen una tasa de incumplimiento que va del 10% al 60% (17).

Por lo expuesto, dada la alta prevalencia de la patología y el gran número de pacientes que no reciben tratamiento, es importante identificar todas las barreras que dificultan el acceso al mismo, con la finalidad de trabajar en los limitantes. De esta manera, se puede garantizar la accesibilidad a tratamientos individualizados y efectivos, al igual que, reducir la morbilidad y mejorar la salud mental y calidad de vida de los pacientes.

### **Objetivo general**

Identificar las barreras en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la depresión unipolar en Latinoamérica y el Caribe.

### **Objetivos específicos**

1. Establecer las características de la población con depresión unipolar.
2. Identificar los tratamientos farmacológicos como no farmacológicos mencionados en los estudios.
3. Determinar el porcentaje de la población con problemas en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

### **Métodos**

El presente estudio es una revisión sistemática, estructurada con la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-*

*Analysis*) (18). Se realizó la revisión de artículos por dos investigadores en las siguientes bases de datos: Scopus, Tripdatabase, Scielo, PubMed, WOS, Embase, ProQuest, Google Scholar. Para las estrategias de búsqueda adecuadas se utilizando términos MeSH, operadores booleanos, términos libres y estrategia PICO, como ALL ("Unipolar Depression" OR "major depressive disorder" OR depression AND treatment AND "Patient compliance" OR "limitations treatment" OR barriers AND adult AND latino AND caribbean) AND PUBYEAR > 2012 AND PUBYEAR < 2024 (anexo 1). La búsqueda se desarrolló hasta el 10 de mayo del 2023 en todas las bases de datos.

Dentro del estudio se incluyeron artículos primarios, de diseño de investigación cuantitativa, publicados en los últimos 10 años. En los que se informa acerca de las barreras para el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes mayores de 18 años de etnia Latinoamericana y caribeña. Se excluyeron aquellos cualitativos, secundarios como resúmenes de congresos, duplicados y que no contengan datos de frecuencia, porcentaje y odds ratios (OR).

Para la extracción de estudios, estos se descargaron mediante formato RIS a la plataforma EndNote 20.5TM, con el fin de eliminar los duplicados previo al cribado. Se realizó una selección manual, de forma independiente y en conjunto. Una vez que la información estaba en el gestor bibliográfico se realizó el análisis por título. Un investigador se ocupó independientemente de Google Scholar, ProQuest y Scopus, paralelamente el otro investigador se encargó Wos, PubMed y Scielo. Las bases de datos de TripDataBase y Embase fueron revisadas en conjunto por ambos investigadores. Con esto, se procedió al cribado por el resumen y la lectura del artículo completo. Posterior a la lectura completa, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, antes mencionados. Una vez seleccionados los estudios se aplicó la escala de MinCir terapéutico para evaluar la calidad metodológica de cada uno, eliminando aquellos con un puntaje menor a dieciocho (19). A la vez que se tuvieron los artículos que se incluirían en la revisión, se procedió a recolectar y



sintetizar los datos mediante tablas en hojas de cálculo en Microsoft Excel versión 16.74.

### *Análisis de datos*

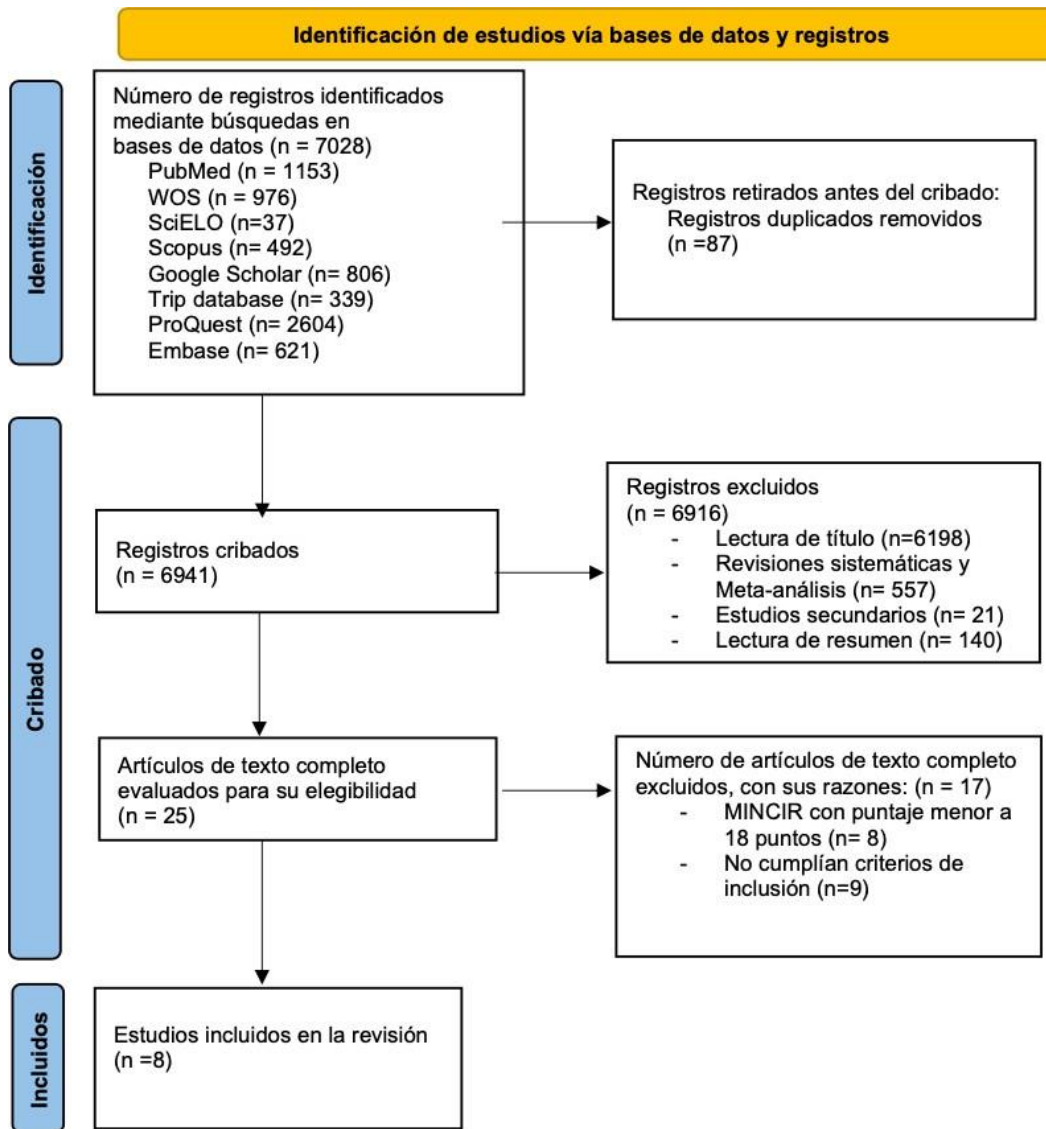
Los datos fueron analizados mediante operacionalización de variables: a saber: autor, DOI, título, año, tipo de estudio, país, número de participantes, etnia u origen, sexo, rango de edad, media de edad, barreras del médico, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico y adherencia.

En algunos artículos se tuvo que convertir datos de frecuencia en odds ratio (OR) de forma manual, para poder ser cuantificados y analizados de una manera correcta. De igual forma, ciertos resultados de OR se invirtieron para comparar de forma adecuada factores protectores y de riesgo. Para las barreras presentes en dos o más estudios se realizó un promedio de OR con intervalo de confianza (IC) 95%, con el fin de establecer un valor medio. Se tuvo en cuenta que la mayoría de los estudios no aportaron cifras específicas de la obtención de sus odds ratios.

### **Resultados**

Las bases de datos consultadas permitieron identificar 7028 artículos, de los cuales, se eliminaron 87 estudios duplicados. Posteriormente, se descartaron 6198 estudios por título, 578 estudios no primarios y 140 artículos por evaluación de resumen. Por último, se incluyeron 25 estudios, de los cuales 9 no cumplían los criterios de inclusión. Luego de realizar el análisis de calidad metodológica mediante el MinCir terapéutico, se mantuvieron los artículos con una puntuación entre 18 - 21. Finalmente, el análisis se realizó con 8 artículos. PubMed aportó 12,5% de estudios, WOS 25%, SciELO 12,5%, Scopus 25%, Google Scholar 0, TripDataBase 0, ProQuest 12,5% y Embase 12,5% (Figura 1).

El 100% de los artículos eran de tipo transversal, en idioma inglés. El 75% de los estudios provinieron de Estados Unidos, realizados en poblaciones de origen hispano, mientras que el 25% restante se realizó en países latinos, predominantemente Brasil.



**Figura 1:** Diagrama de flujo de PRISMA, proceso de búsqueda y selección de bibliografía. Fuente: autores.

### *Características sociodemográficas*

El total de personas estudiadas fueron 2740, con un 72,04% de pacientes mujeres y 27,96% hombres. El rango de edad fue de 18 a 70 años. La mayoría de la población de estudio fueron latinos o hispanicos (58,94%), seguidos de blancos no hispanicos (30,77%), negros no hispanicos (9,60%) y el restante otras etnias (tabla 1).

**Tabla 1:** Caracterización demográfica y falta de adherencia en la población de estudio. Fuente: autores

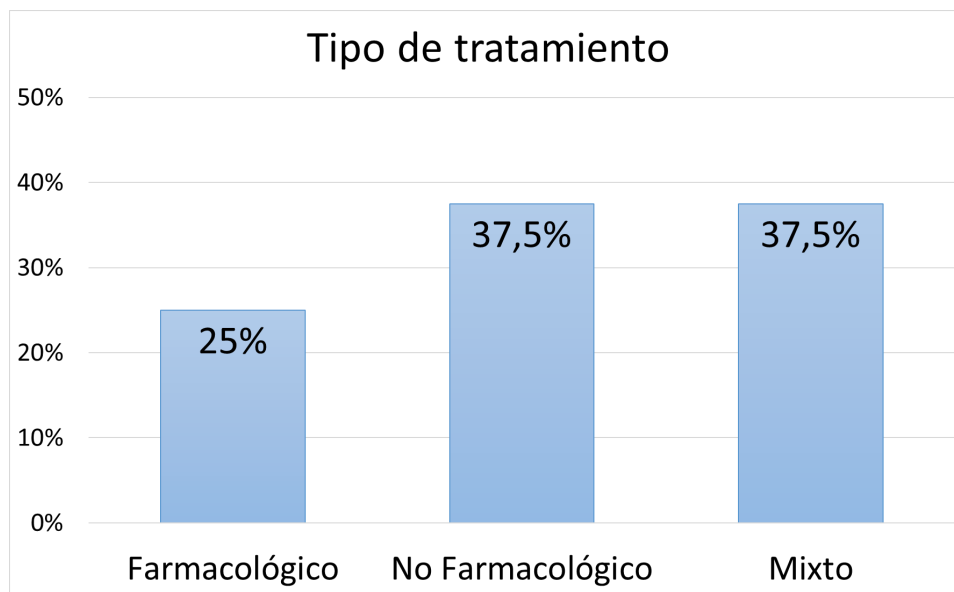
Citas	Número de participantes	Sexo		Edad		Etnia			Falta de adherencia	
		Hombres (%)	Mujeres (%)	Rango (años)	Latinos o hispanicos (%)	Blancos o hispanicos (%)	Negros no hispanos (%)	Otros (%)	Total (%)	Latinos (%)
Falgas, et al. 2016 (19)	281	110 (39,15)	171 (60,85)	>18	281 (100)	-	-	-	100	100
Sonik et al. 2020 (20)	711	230 (32,35)	481 (67,65)	>18	252 (35,44)	250 (35,16)	209 (29,40)	-	-	-
Jarrett et al. 2013 (21)	523	170 (32,50)	353 (67,50)	18 - 70	27 (5,16)	423 (80,88)	54 (10,33)	19 (3,63)	100	5,16
Castro Monteiro et al. 2021 (22)	268	35 (13,06)	233 (86,94)	18 - 65	268 (100)	-	-	-	100	100
Rojas et al. 2018 (23)	387	155 (40,05)	232 (59,95)	22 - 66	387 (100)	-	-	-	-	-
Costas-Muñiz et al. 2021 (24)	265	-	265 (100)	>21	95 (35,85)	170 (64,15)	-	-	-	-
Benjet et al. 2022 (25)	236	57 (24,15)	179 (75,85)	>18	236 (100)	-	-	-	12,2	12,2
Kunz-Lomelin et al. 2022 (26)	69	9 (13,04)	60 (86,96)	18 - 63	69 (100)	-	-	-	49,3	49,2
<b>Total</b>	<b>2740</b>	<b>766 (27,96)</b>	<b>1974 (72,04)</b>	<b>18 - 70</b>	<b>1615 (58,94)</b>	<b>843 (30,77)</b>	<b>263 (9,60)</b>	<b>19 (0,69)</b>	<b>72,3</b>	<b>53,312</b>

### *No adherencia al tratamiento*

La mayoría de los artículos reportaron la adherencia que existió al tratamiento por parte de su población de estudio. En el 25% de estudios se observó una falta de adherencia del 100% en latinos, mientras que en el 12,5% (1 artículo), esta variable disminuía a tan solo el 12%. Del total de estudios, se observó que el 72,3% no se adhería al tratamiento, de este porcentaje el 53,31% era de origen latino, como se puede observar en la tabla 1.

### *Tratamiento farmacológico y no farmacológico*

En cuanto a la identificación de tipo de tratamiento farmacológico o no farmacológico, los artículos incluidos no siempre reportaban el tratamiento específico estudiado, puesto que se centraba la investigación en la adherencia del mismo, más no en la efectividad de este. En el 37,50% de los estudios reportaron el uso de tratamiento no farmacológico, el 25% tratamiento farmacológico y el 37,50% de tipo mixto (Figura 2).



**Figura 2:** Tipo de tratamiento analizado en los estudios. Fuente: Autores.

### *Barreras.*

Una vez realizada la identificación de las variables se pudo observar que las barreras reportadas en los artículos recabados eran distintas y no coincidían entre ellas, como se puede observar en la tabla 2. El 62,50% de los artículos analizaron variables diferentes, lo cual dificultó el análisis. Sin embargo, las barreras más estudiadas fueron aquellas presentadas por los pacientes, siendo las actitudinales y estructurales las más relevantes.

Falgas, et al. estudió barreras actitudinales y estructurales en una población de 281 pacientes, entre las cuales, se encontraron: manejar el problema por uno mismo, ineffectividad del tratamiento y dificultad para finanzas, al igual que traslado y transporte y limitaciones lingüísticas. Estas también fueron mencionadas en un estudio realizado por Costas - Muñiz, et al en el 2021. al igual que en otro estudio del 2022 investigado por Benjet et al. (20–27)

Adicionalmente, en un artículo realizado por Castro Monteiro, et al. se encontraron varias limitaciones como: el ser divorciado [OR: 4,5 (IC 95%: 1,163 - 1,754)], fumar [OR: 4,3 (IC 95%: 1,25 - 1,49)] y la presencia de síntomas melancólicos [OR: 2,7 (IC 95%: 5,556 - 5,882)], siendo factores de riesgo para no adherirse al tratamiento no farmacológico. Sin embargo, el tener síntomas depresivos leves a moderados [OR: 0,25 (IC 95%: 0,089 – 0,709)] fue reportado como un factor de mayor adherencia al mismo.

De igual manera, Jarrett, et al. en el 2013 encontró varios factores protectores para cumplir la terapia entre los cuales se mencionaron: tener un trabajo remunerado [OR: 0,52 (IC 95%: 0,318 – 0,833)], ser de raza blanca no hispánica [OR: 0,39 (IC 95%: 0,229 – 0,653)], ser un año mayor [OR: 0,97 (IC 95%: 0.952 - 0.990)], tener un año más de estudios [OR: 0,87 (IC 95%: 0.800 - 0.952)], tener un diagnóstico de melancolía [OR: 0,37 (IC 95%: 0,187 – 0,735)] y haber tenido, al menos, tres episodios depresivos en la vida [OR: 0,42 (IC 95%: 0,248 a 0,725)]. Por otro lado, Kunz – Lomelin et al, en una población de 69 personas evidenció que la edad era un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento [OR: 1,11 (IC: 95%:1,035 – 1,195)].

Dentro de las limitantes presentadas por el proveedor de salud, un estudio de Sonik, et al. encontró que la discriminación actuaba como una barrera relevante en la población latina, la misma que afectaba al 18,40% de la muestra estudiada. Los hispanos tenían un riesgo mayor [OR: 2,6 (IC 95%: 1.612 - 8.049)] de ser discriminados en comparación con población no hispana. Del mismo modo, Rojas, et al. en el 2018 observó que los proveedores de salud que tenían mayor estigma hacia enfermedades mentales, tenían mayor probabilidad de derivar al paciente a otro profesional [OR: 1,08 (IC 95%: 1,01 - 1,15)] y menor probabilidad de prescribir tratamiento [OR: 1,03 (IC 95%: 0,99 – 1,07)].

**Tabla 2:** Barreras encontradas en los estudios. Fuente: Autores.

Autor	Número de participantes	Etnia		Total: n=8		
		Latinos o hispanicos (%)	Otros (%)	Barreras		
				Paciente		Proveedor
				Actitudinales	Estructurales	
Falgas, et al. 2016 (19)	281	281 (100)	-	- Manejar problema por uno mismo - Inefectividad del tratamiento - Tratamiento inefcaz previo - Dificultad para finanzas - Preocupación del estigma social	- Traslado y transporte - Incertidumbre del lugar/persona para acudir - Miedo a hospitalización involuntaria - Ser tratado injustamente por origen étnico - Barrera lingüística	-
Sonik et al. 2020 (20)	711	252 (35,44)	459 (64,56)	-	-	Discriminación en el sistema de salud
Jarrett et al. 2013 (21)	523	27 (5,16)	496 (94,84)	-	-	<b>Protector:</b> Trabajo remunerado Raza blanca no hispana Un año mayores Tener un año más de estudios Diagnóstico de melancolía Al menos tres episodios depresivos en la vida
Castro Monteiro et al. 2021 (22)	268	268 (100)	-	-	-	Divorciado Fumar Síntomas melancólicos <b>Protector:</b> Síntomas depresivos leves-moderados
Rojas et al. 2018 (23)	387	387 (100)	-	-	-	Mayor Estigma Mayor Derivación Menor prescripción de tratamiento
Costas-Muñiz et al. 2021 (24)	265	95 (35,85)	170 (64,15)	- Manejar el problema por uno mismo - Preferencia de apoyo familiar - Querer volver a la rutina antes que acudir a un profesional - Rechazo al tratamiento - Dificultad para finanzas - Preocupación del estigma social - Desaprobación familiar	- Barreras lingüísticas - Un intérprete generaría incomodidad - Falta de información de los tratamientos - Incertidumbre del lugar para acudir - Ubicación de clínica inconveniente	-
Benjet et al. 2022 (25)	236	236 (100)	-	- Manejar el problema por uno mismo - Mejoría por si solos - Inefectividad del tratamiento - Estigma percibido - Experiencias negativas con el personal de salud - Dificultad para finanzas	- Transporte - Disponibilidad	-
Kunz-Lomelin et al. 2022 (26)	69	69 (100)	-	-	- Edad (para adherencia)	-

De todos los artículos recabados, en 3 estudios (37,5%) se encontraron varias barreras en común, dentro de las cuales estaban el manejar el problema por uno mismo (52,83%), seguido por rechazo o creencia de ineffectividad del tratamiento (33,57%). En dos estudios se identificó también la incertidumbre del lugar para acudir (34,85%), al igual que en el (11,55%) se observaron barreras lingüísticas (tabla 3).

**Tabla 3:** Barreras actitudinales y estructurales. Fuente: autores

Artículo	Número de participantes	Barreras actitudinales				Barreras estructurales		
		Manejar problema por uno mismo	Rechazo/Creencia de ineffectividad del tratamiento	Preocupación del estigma social	Dificultad de financiamiento	Incertidumbre del lugar para acudir	Dificultad para traslado/ ubicación del hospital	Barreras lingüísticas
Falgas, et al. 2016	281	59%	42,50%	38,30%	37%	45,60%	38,60%	14%
Benjet et al. 2022	236	36,90%	23,70%	17,40%	15%	-	18,50%	-
Costas-Muñiz et al. 2021	265	62,60%	34,50%	16,50%	43,00%	24,10%	30,20%	9,10%
Promedio:		52,83%	33,57%	24,07%	31,67%	34,85%	29,10%	11,55%

Adicionalmente, se encontró la edad como una barrera. Jarret, et al. estudió una población con rango de edad entre 18-70 años, donde se encontró que, a mayor edad, mayor probabilidad de completar la terapia con un OR: 0,97, IC 95%: 0,952 – 0,999. Siendo, en este caso, la edad un factor protector. Por otro lado, Kunz - Lomelin, et al. analizó a pacientes con rangos de 18-63 años. En este estudio la edad tenía un OR: 1,12, IC 95% 1,035 – 1,195 en cuanto a la adherencia al tratamiento, siendo un factor de riesgo. Debido a que el estudio que lo consideró un factor protector tenía una muestra de participantes más significativa (523 participantes en comparación con 69), se puede asumir que este valor tiene más relevancia.

**Tabla 4:** Edad como barrera. Fuente: autores.

Artículo	Número de participantes	Barreras	
		Edad (OR)	IC (95%)
Jarrett et al. 2013	523	0,974	0,952 - 0,990
Kunz-Lomelin et al. 2022	69	1,112	1,035 - 1,195

Adicionalmente, se encontró que la presencia de síntomas de melancolía era relevante en un 25% de los artículos analizados (tabla 5). De igual manera, los resultados de ambos estudios fueron distintos, con OR: 0,3, IC 95%: 0,187 – 0,735 en el estudio de Jarrett, et al, en comparación con el artículo de Castro Monteiro, con un OR: 2,7, IC 95%: 5,56 – 5,88. A pesar de que, el estudio Jarrett et al., tiene una muestra mayor a la del estudio de Castro Monteiro, et al. (523 y 268 participantes), el segundo estudio tiene un IC (95%) bastante estrecho (5,56 -5, 88). Además, este último informó de un valor  $p= 0,003$ , por lo que se puede establecer que este valor tiene mayor significancia estadística, considerando esta variable como un factor de riesgo.

**Tabla 5:** Relevancia de la presencia de melancolía. Fuente: autores.

Artículo	Número de participantes	Barreras	
		Presencia de melancolía (OR)	IC (95%)
Jarrett et al. 2013	523	0,37	0,187 - 0,735
Castro Monteiro et al. 2021	268	2,7	5,56 - 5,88



## Discusión

Los resultados de la investigación reflejan que la población más estudiada fue de origen latino o hispánicos con un 58,94%, en comparación con otras etnias. En general, en este estudio se observó que del 72,3% de la falta de adherencia al tratamiento de la población estudiada, el 53,31% fueron participantes de origen latino. En el año 2016, Alcalá et al. encontró que los latinos son la población con menor acceso y uso del servicio de salud en comparación con los blancos no latinos y los asiáticos (28). Además, se ha visto que la prevalencia de depresión en hispánicos es mayor que en otros grupos étnicos (28). Otro autor (Stephenson, et al.) evidenció que los latinos que hablan únicamente español reciben un 72% menos de recomendaciones acerca de los tratamientos para la depresión que los anglohablantes (29). De igual manera, en una revisión de Shao, et al. Se observó entre los pacientes latinos existe una menor probabilidad de ser diagnosticados de depresión que entre los blancos no latinos (30).

Existen diversas causas que influyen en la accesibilidad de servicios de salud mental y la adherencia al tratamiento en la comunidad latina. En esta revisión se observó que, existen barreras tanto, actitudinales, como estructurales para la adherencia al tratamiento. Dentro de las barreras actitudinales, la más relevante fue “manejar el problema por uno mismo”, encontrada en un 52,8%, este se ha reportado como un problema de salud mental, de manera frecuente. En un estudio realizado en jóvenes adultos por Ebert, et al, se vio que tan solo un 24.6% de los participantes estarían dispuestos a buscar ayuda en salud mental, mientras que un 56,4% preferían manejar el problema por sí solos (31). De igual manera, en un estudio realizado en el año 2020, Green JG, et al., evidenciaron esta barrera como la más reportada, dentro de sus participantes (71.2%), para no buscar servicios de salud mental (32), lo cual concuerda con los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Otra limitación reportada es la lingüística, un estudio realizado por Bridges, et al. describió que esta barrera está presente en un 31% de la muestra (33). Similarmente, en el estudio actual se encontró esta barrera en dos estudios, con

una equivalencia del 11,5%. El hecho de tener una capacidad limitada para entender y hablar el idioma de origen (en este caso inglés), reduce considerablemente la probabilidad de usar el sistema de salud mental para los latinos en con un OR de 5.0 en comparación a los blancos no hispánicos (34).

Se conoce que la prevalencia de depresión aumenta con la edad, en Estados Unidos, la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores se encuentra entre el 13% y el 35% (35). Sin embargo, con respecto a la edad, en la presente revisión se encontraron datos controvertidos, dado que estudio consideraba esta variable como factor protector (22), mientras que en otro era reportado como riesgo (27). Una revisión narrativa, evidenció que la edad, asociada con múltiples factores actitudinales, creencias, estigma, entre otros, podría llevar a una mala adherencia al tratamiento para la depresión (36). No obstante, se necesitan más estudios al respecto.

Adicionalmente, se encontró que los síntomas melancólicos eran igualmente controvertidos por sus resultados, lo que se puede contrastar con un estudio Gili, et al. en el cual, se observó que los pacientes con características melancólicas tenían una menor tasa de remisión que los no melancólicos (37). Así mismo, el grupo de pacientes melancólicos (16,2%) estaban más deprimidos y también tenían mayor cantidad de episodios depresivos, aunque de menor duración en comparación con el grupo de pacientes no melancólicos (24.7%) (37).

Por otro lado, la discriminación juega un rol relevante en las barreras para el tratamiento de la depresión. En un estudio cualitativo, se vio que la discriminación era un factor importante al momento de usar el sistema de salud. De la muestra total, el 57% de los participantes habían percibido discriminación, lo cual acentuaba las barreras para iniciar y continuar tratamiento para la depresión (38). Esto concuerda con lo encontrado en la presente revisión, dado que un estudio reportó la discriminación por parte del sistema de salud como una barrera en el tratamiento en un 18,4%.

En el presente estudio se ha visto que existen importantes disparidades entre los grupos raciales en cuanto al acceso al tratamiento de la depresión. A partir de lo

expuesto anteriormente, se evidencia la necesidad de continuar investigando acerca de las barreras que tienen los latinos al momento de acudir a los servicios de salud, con el fin de identificarlas a profundidad y de desarrollar políticas para reducirlas.

### **Limitaciones**

Dentro de la revisión sistemática existieron diferentes limitaciones. La principal fue que, al existir una gran cantidad de barreras, tanto del paciente como del proveedor, los artículos no tenían el mismo enfoque dificultando la obtención de datos similares. Adicionalmente, muchos estudios fueron realizados en Estados Unidos en poblaciones migrantes de origen latino, por lo que, no representa a toda la población latina o hispánica. Después de la operacionalización de variables, pocos autores habían estudiado la misma variable de la misma forma. Además, solo un artículo estudió las barreras por parte del médico. Así mismo, al enfocarse más en la adherencia, no se especifican los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos analizados, por lo que no se obtuvieron datos suficientes para poder identificar esto. Otra limitación presente fueron la falta de reporte de datos de mediana, frecuencia, y odds ratio en ciertos artículos, por lo que se tuvo que calcular los mismos con los datos disponibles. Es importante mencionar que se pudo obviar a la etnia caribeña, en el proceso de cribado y análisis por la falta de mención en el título.

### **Conclusión**

En la presente revisión sistemática se demostró que existe una pobre adherencia al tratamiento de la depresión por parte de los pacientes, en su mayoría, de origen latino o hispánico. A pesar, de las opciones de tratamiento, tanto farmacológicas como no farmacológicas, existen barreras que impiden a la población el acceso a estos o dificultan que exista un tratamiento adecuado. Dentro de estas, se encuentran las barreras actitudinales y estructurales, como la percepción de mejorar por uno mismo, la barrera del lenguaje, la discriminación y el rechazo o creencia de ineffectividad del tratamiento. De este estudio, nace la necesidad de realizar más

investigación acerca de este tema para tratar de corregir las desigualdades en la población latina al momento de acceder al tratamiento de la depresión.

### **Registro y protocolo**

La presente revisión sistemática se realizó de acuerdo a las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (39). En PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) se registró el protocolo para la revisión sistemática, el cual, fue aprobado con el número de registro CRD42023408813, disponible en: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/#myprospero>. Para la calidad metodológica se utilizó la guía del MINCIR terapéutico (19).

### **Financiamiento**

El estudio fue autofinanciado, además se contó con el apoyo de la Universidad del Azuay para el acceso a la base de datos y programas utilizados.

### **Conflicto de intereses**

Los autores no reportan conflicto de intereses. Declaran que ninguno de los involucrados en la redacción de la revisión sistemática tiene ningún tipo de intereses financieros, personales ni afiliaciones profesionales que puedan influir en los resultados o interpretación de los datos de manera no objetiva.

### **Agradecimientos**

Agradezco de manera especial a mis padres Fabian y Laura, a mi hermana María Paz y a mi novio David por su constante apoyo y paciencia en este proceso.

De igual manera, agradezco a mi compañera de tesis y gran amiga Paula Mosquera. Gracias a ella hemos podido llevar a cabo este trabajo con gran dedicación y equilibrio, lo que nos ha dejado muchas enseñanzas.

Extiendo mi agradecimiento a mi compañero Sebastián Abad por ser una guía y brindarnos mucha ayuda durante el desarrollo de este proyecto.

Agradezco a nuestra tutora, la Dra. Miriann Mora por sus valiosos aportes que contribuyeron a realizar este trabajo de titulación.

*María del Carmen Moscoso Jerves.*

Agradezco profundamente a mis padres Jorge y Priscila, quienes me han apoyado incondicionalmente a lo largo de este proceso. Gracias por enseñarme a seguir adelante ante la adversidad y ser un sostén cuando lo necesitaba. A mis tíos, Edwin y Estefanía, por su guía continua y ayuda.

Asimismo, agradezco a mi compañera de tesis y maravillosa amiga, María del Carmen Moscoso. Siempre he podido contar con su apoyo y confianza, permitiendo que el presente trabajo se desarrolle de la mejor manera.

Extiendo mi agradecimiento a la Universidad del Azuay por sus enseñanzas, de igual manera, a nuestra directora de tesis la Dra. Miriann Mora por la guía continua en nuestro trabajo de titulación.

*Paula Isabel Mosquera Cevallos*

## **Referencias**

1. OPS. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
2. Revisión Volumen D, Anamericana De La Salud OP. CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Volumen 1 Introducción Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. 1995;
3. OMS. Depresión [Internet]. 2021 [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Fierro M, Bustos A, Molina C. Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar. Rev Colomb Psiquiatr. el 1 de julio de 2016;45(3):162–9.

5. OMS. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos [Internet]. 2022 [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
6. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. 2022 [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
7. Madero Dutazaka MG, Suárez Orrala JD, Mayancela Zumba MA, Villegas Guerrero EK. Trastorno depresivo mayor. RECIAMUC. el 30 de enero de 2021;5(1):32–41.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION\\_20180228\\_D.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf)
9. Global Health Data Exchange Hub - Results [Internet]. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
10. Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rücker G, Jamil S, Meissner K, et al. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med*. el 1 de enero de 2015;13(1):56–68.
11. Lorenzo-Luaces L, Peipert A, De Jesús Romero R, Rutter LA, Rodríguez-Quintana N. Personalized Medicine and Cognitive Behavioral Therapies for Depression: Small Effects, Big Problems, and Bigger Data. Vol. 14, *International Journal of Cognitive Therapy*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 59–85.
12. Mayo Clinic. Depresión (trastorno depresivo mayor) - Diagnóstico y tratamiento [Internet]. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013>
13. Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez AO, González-Sotomayor R, Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez AO, González-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología (Santiago)* [Internet]. el 26 de julio de 2017 [citado el 17 de junio de 2023];26(1):65–77. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-05812017000100065&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812017000100065&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
14. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. el 18 de octubre de 2018 [citado el 4 de diciembre de 2022];42:e165. Disponible en: <https://doi.org/>

15. Washburn M, Brewer K, Gearing R, Leal R, Yu M, Torres L. Latinos' Conceptualization of Depression, Diabetes, and Mental Health–Related Stigma. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. el 1 de octubre de 2022 [citado el 4 de diciembre de 2022];9(5):1912. Disponible en: [/pmc/articles/PMC8432279/](#)
16. Elena Michaels C. El estigma de la depresión y cómo está influenciado por la percepción de la enfermedad en Recommended Citation. 2013; Disponible en: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)
17. Ho SC, Jacob SA, Tangiisuran B. Barriers and facilitators of adherence to antidepressants among outpatients with major depressive disorder: A qualitative study. *PLoS One*. el 1 de junio de 2017;12(6).
18. PRISMA [Internet]. [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
19. Moraga J, Manterola C, Cartes-Velasquez ;, Burgos ;, Aravena ;, Urrutia ;, et al. Instrucciones para la Utilización de la Escala MINCIR para Valorar Calidad Metodológica de Estudios de Terapia Instructions for the Use of MINCIR Scale to Assess Methodological Quality in Therapy Studies. *Int J Morphol*. 2014;32(1):294–8.
20. Falgas I, Ramos Z, Herrera L, Qureshi A, Chavez L, Bonal C, et al. Barriers to and Correlates of Retention in Behavioral Health Treatment among Latinos in Two Different Host Countries: U.S. and Spain HHS Public Access. *J Public Health Manag Pract*. 2017;23(1):20–7.
21. Sonik RA, Creedon TB, Progovac AM, Carson N, Delman J, Delman D, et al. Depression treatment preferences by race/ethnicity and gender and associations between past healthcare discrimination experiences and present preferences in a nationally representative sample. *Soc Sci Med*. el 1 de mayo de 2020;253:112939.
22. Jarrett RB, Minhajuddin A, Kangas JL, Friedman ES, Callan JA, Thase ME. Acute Phase Cognitive Therapy for Recurrent Major Depressive Disorder: Who Drops Out and How Much do Patient Skills Influence Response? *Behaviour research and therapy* [Internet]. 2013 [citado el 16 de junio de 2023];51(0):221. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3685278/](#)
23. Castro Monteiro F, Schuch FB, Deslandes AC, Mosqueiro BP, Caldieraro MA, Pio M, et al. Factors associated with adherence to sports and exercise among outpatients with major depressive disorder. *APRS | CC-BY Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2021 [citado el 16 de junio de 2023];43(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2019-0109>
24. Rojas AO, Id V, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, et al. Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. 2018 [citado el 16 de junio de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206440>

25. Costas-Muñiz R, Garduño-Ortega O, Hunter-Hernández M, Morales J, Castro-Figueroa EM, Gany F. Barriers to psychosocial services use for latina versus non-latina white breast cancer survivors. *Am J Psychother* [Internet]. el 1 de marzo de 2021 [citado el 16 de junio de 2023];74(1):13–21. Disponible en: <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.psychotherapy.20190036>
26. Benjet C, Borges G, Orozco R, Aguilar-Gaxiola S, Andrade LH, Cia A, et al. Dropout from treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord*. el 15 de abril de 2022;303:168–79.
27. Kunz-Lomelin A, Killian M, Eghaneyan BH, Sanchez K. Antidepressant Adherence Among Hispanics: Patients in an Integrated Health Care Model. 2022 [citado el 16 de junio de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S387218>
28. Alcalá HE, Albert SL, Trabanino SK, Garcia RE, Glik DC, Prelip ML, et al. Access to and Use of Health Care Services among Latinos in East Los Angeles and Boyle Heights. *HHS Public Access* [Internet]. 2016 [citado el 19 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662077/pdf/nihms716609.pdf>
29. Stephenson J, Distelberg B, Morton KR, Ortiz L, Montgomery SB. Different Depression Treatment Recommendations and Adherence for Spanish-and English-Speaking Patients. [citado el 20 de junio de 2023]; Disponible en: <http://www.jabfm.org>
30. Shao Z, Richie WD, Bailey RK. Racial and ethnic disparity in major depressive disorder. *J Racial Ethn Health Disparities*. el 1 de enero de 2016;3(4):692–705.
31. Ebert DD, Mortier P, Kaehele F, Bruffaerts R, Baumeister H, Auerbach RP, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. En: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. John Wiley and Sons Ltd; 2019.
32. Green JG, McLaughlin KA, Fillbrunn M, Fukuda M, Jackson JS, Kessler RC, et al. Barriers to Mental Health Service Use and Predictors of Treatment Drop Out: Racial/Ethnic Variation in a Population-Based Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. el 1 de julio de 2020;47(4):606–16.
33. Bridges AJ, Andrews AR, Deen TL. Mental Health Needs and Service Utilization by Hispanic Immigrants Residing in Mid-Southern United States. *Journal of Transcultural Nursing*. 2012;23(4):359–68.
34. Kim G, Aguado Loi CX, Chiriboga DA, Jang Y, Parmelee P, Allen RS. Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: A study of



- Latino and Asian immigrants with psychiatric disorders. *J Psychiatr Res.* 2011;45(1):104–10.
35. Alvarez P, Rengifo J, Emrani T, Gallagher-Thompson D. Latino Older Adults and Mental Health: A Review and Commentary. *Clin Gerontol.* enero de 2014;37(1):33–48.
  36. Zivin K, Kale HC. Adherence to depression treatment in older adults: A narrative review. Vol. 25, *Drugs and Aging.* 2008. p. 559–71.
  37. Gili M, Roca M, Armengol S, Asensio D, Garcia-Campayo J. Clinical Patterns and Treatment Outcome in Patients with Melancholic, Atypical and Non-Melancholic Depressions. *PLoS One* [Internet]. 2012 [citado el 20 de junio de 2023];7(10):48200. Disponible en: [www.plosone.org](http://www.plosone.org)
  38. Progovac AM, Cortés DE, Chambers V, Delman J, Delman D, McCormick D, et al. Understanding the Role of Past Health Care Discrimination in Help-Seeking and Shared Decision-Making for Depression Treatment Preferences. *Qual Health Res.* el 1 de octubre de 2020;30(12):1833–50.
  39. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. [citado el 17 de junio de 2023]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>

#### Anexo 1: Estrategias de búsqueda.

PubMed	<p>Unipolar Depression OR major depressive disorder AND therapeutic Adherence and compliance AND limitations treatment OR barriers AND Latino AND Adult</p> <p>Filtros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 años, humanos</li> </ul>
WOS	<p>Unipolar Depression OR major depressive disorder AND therapeutic Adherence and compliance AND limitations treatment OR barriers AND Latino OR Hispanic OR Caribbean AND Adult. Publication 2013 o 2014 o 2015 o 2016 o 2017 o 2018 o 2019 o 2020 o 2021 o 2022. Citations topics micro:</p>

	1.21.35 Depression or 1.21.1828 Neuropsychiatric Disorder or 6.24.498 Psychotherapy.
TripDatabase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population: major depression in hispanic adults</li> <li>• Intervention: pharmacological, no-pharmacological</li> <li>• Comparison: any comparison intervention</li> <li>• Outcome: barriers, treatment adherence</li> </ul> <p>Busqueda: major depression in hispanic adults, pharmacological, no-pharmacological, barriers, treatment adherence from_date:2013</p>
ProQuest	<p>Latino AND Caribbean AND Hispanic AND Unipolar Depression OR major depressive disorder AND Patient compliance AND limitations treatment AND Barriers AND Adult</p> <p>Filtro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 años</li> </ul>
Scopus	<p>ALL ( "Unipolar Depression" OR "major depressive disorder" OR depression AND treatment AND "Patient compliance" OR "limitations treatment" OR barriers AND adult AND latino AND caribbean ) AND PUBYEAR &gt; 2012 AND PUBYEAR &lt; 2024</p>
Google Scholar	<p>Unipolar Depression OR major depressive disorder AND therapeutic Adherence and compliance AND limitations treatment OR barriers AND Hispanic OR Latino AND Adult</p>

	<p>Filtro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 años</li> </ul>
SciELO	<p>Depressive disorder OR major depression AND treatment OR Treatment Adherence AND barriers OR difficulties OR latino</p> <p>Filtro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• últimos 10 años</li> </ul>
EMBASE	<p>((('unipolar depression'/exp OR 'unipolar depression' OR (unipolar AND ('depression'/exp OR depression))) OR 'major depressive disorder'/exp OR 'major depressive disorder' OR (major AND depressive AND ('disorder'/exp OR disorder))) AND ('treatment'/exp OR treatment) AND ('patient compliance'/exp OR 'patient compliance' OR (('patient'/exp OR patient) AND ('compliance'/exp OR compliance)))) OR 'limitations treatment' OR (limitations AND ('treatment'/exp OR treatment)) OR 'barriers'/exp OR barriers) AND ('adult'/exp OR adult) AND latin</p>