

## Salud mental y territorio: una deuda pendiente en la atención integral comunitaria

*Mental health and territory: a pending debt in comprehensive community care*

**Gilson Fabricio Bolaños Artos\***  
Universidad Técnica del Norte  
Ibarra-Ecuador  
gfbolanosa@utn.edu.ec  
https://orcid.org/0009-0001-1756-3649

**Brayan Raúl Montenegro Cuaran**  
Universidad Técnica del Norte  
Ibarra-Ecuador  
brmontenegroc@utn.edu.ec  
https://orcid.org/0009-0005-8704-6531

**Alexandra Belén Sánchez Coyago**  
Universidad Técnica del Norte  
Ibarra-Ecuador  
absanchezc@utn.edu.ec  
https://orcid.org/0009-0006-4223-232X

**Paola Mishel Valverde Yacelga**  
Universidad Técnica del Norte  
Ibarra-Ecuador  
pmvalverdey@utn.edu.ec  
https://orcid.org/0009-0009-4888-3256

**Carlos Andrés Escobar Baldeón**  
Universidad Técnica del Norte  
Ibarra - Ecuador  
caescobarb@utn.edu.ec  
https://orcid.org/0009-0002-0891-0095

\*Correspondencia:  
gilson20176h@gmail.com

**Cómo citar este artículo:**  
Bolaños, G., Montenegro, B., Sánchez, A., Valverde, P., & Escobar, C. (2026). Salud mental y territorio: una deuda pendiente en la atención integral comunitaria. *Perspectivas Sociales y Administrativas*, 4(1), 243-264. <https://doi.org/10.61347/psa.v4i1.144>

**Recibido:** 25 de febrero de 2026

**Proceso de evaluación:**

27 de febrero al 29 de marzo de 2026

**Aceptado:** 30 de marzo de 2026

**Publicado:** 8 de abril de 2026

**Copyright:** Derechos de autor 2026 Gilson Fabricio Bolaños Artos, Brayan Raúl Montenegro Cuaran, Alexandra Belén Sánchez Coyago, Paola Mishel Valverde Yacelga, Carlos Andrés Escobar Baldeón.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NonComercial 4.0.

**Resumen:** La atención integral comunitaria en salud mental constituye una deuda pendiente en Ecuador, donde factores como la pobreza, el desempleo y la violencia configuran desigualdades territoriales que no son abordadas adecuadamente por enfoques clínicos tradicionales. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar las brechas en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) en el primer nivel de atención, destacando la necesidad de integrar perspectivas territoriales y comunitarias para superar limitaciones estructurales del sistema. Se realizó una revisión bibliográfica de carácter integrador, que sintetiza evidencia sobre determinantes sociales, oferta de servicios en el MAIS-FCI, brechas territoriales y estrategias preventivas; además, se incluyó el análisis de tablas comparativas entre el marco normativo y su aplicación en la práctica, junto con la descripción de intervenciones psicosociales comunitarias desde un enfoque cualitativo. Los resultados evidencian que la pobreza incrementa la prevalencia de trastornos mentales comunes en un 2,15 %, y que existe un déficit aproximado de 2.056 profesionales especializados, con apenas 2,8 psiquiatras por cada 100.000 habitantes; asimismo, se registran tiempos de espera de hasta 102 días para la atención especializada, lo que limita la continuidad del cuidado. En población migrante, el 74 % reporta síntomas de estrés o depresión, con mayor prevalencia en mujeres (40 %) en comparación con hombres (30 %). En conclusión, la salud mental requiere un abordaje intersectorial que priorice la inversión en talento humano capacitado en enfoques psicosociales y comunitarios, así como el fortalecimiento del empoderamiento comunitario, con el fin de reducir brechas territoriales y consolidar un MAIS-FCI más equitativo, accesible y culturalmente pertinente, superando el modelo clínico individual.

**Palabras clave:** Brechas comunitarias, determinantes sociales, MAIS-FCI, salud mental, territorio.

**Abstract:** Comprehensive community-based mental health care remains an unmet need in Ecuador, where factors such as poverty, unemployment, and violence create territorial inequalities that are not adequately addressed by traditional clinical approaches. In this context, the present study aims to analyze the gaps in the implementation of the Comprehensive Family, Community, and Intercultural Health Care Model (MAIS-FCI) at the primary care level, highlighting the need to integrate territorial and community perspectives to overcome structural limitations of the system. An integrative literature review was conducted, synthesizing evidence on social determinants, service provision within the MAIS-FCI, territorial gaps, and preventive strategies; additionally, a comparative analysis between the regulatory framework and its practical application was included, along with a qualitative description of community-based psychosocial interventions. The results show that poverty increases the prevalence of common mental disorders by 2.15%, and that there is an estimated shortage of 2,056 specialized professionals, with only 2.8 psychiatrists per 100,000 inhabitants; likewise, waiting times of up to 102 days for specialized care were identified, limiting continuity of care. Among the migrant population, 74% report symptoms of stress or depression, with higher prevalence in women (40%) compared to men (30%). In conclusion, mental health requires an intersectoral approach that prioritizes investment in human resources trained in psychosocial and community-based approaches, as well as the strengthening of community empowerment, to reduce territorial gaps and consolidate a more equitable, accessible, and culturally appropriate MAIS-FCI, moving beyond the individual clinical model.

**Keywords:** Community gaps, MAIS-FCI, mental health, social determinants, territory.

## 1. Introducción

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar integral y del desarrollo humano, cuya comprensión en la actualidad exige trascender los enfoques biomédicos tradicionales para incorporar una perspectiva social, territorial y comunitaria. En este sentido, los trastornos mentales deben situarse dentro de un entramado de determinantes sociales como la pobreza, el desempleo y la desigualdad. Estas condiciones incrementan el riesgo de depresión y ansiedad, además de limitar el acceso y continuidad del tratamiento. En contextos como el ecuatoriano, esto evidencia la necesidad de fortalecer modelos integrales de atención (World Health Organization, 2021; Oliveros et al., 2022).

En los últimos años, la investigación en salud mental ha avanzado hacia la comprensión de los determinantes sociales como factores clave del malestar psicosocial. La pobreza y la exclusión social se asocian directamente con un mayor riesgo de trastornos mentales, afectando especialmente a poblaciones vulnerables. Asimismo, la precariedad laboral y el desempleo prolongado deterioran la estabilidad emocional e incrementan conductas de riesgo. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje estructural e interdisciplinario (Thomson et al., 2023; Marrone & Swarbrick, 2020).

A ello se suman fenómenos como la violencia estructural y de género, que generan efectos profundos en la salud mental, especialmente en mujeres expuestas a situaciones de violencia. Estas presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y afectación en su calidad de vida. Estas problemáticas reflejan desigualdades persistentes y limitaciones en los sistemas de protección social. Por tanto, es fundamental incorporar enfoques de género y derechos humanos en las intervenciones (Meneses et al., 2024; World Health Organization, 2021).

A pesar de estos avances, persisten brechas en la implementación de estrategias efectivas de atención en salud mental, especialmente en el primer nivel. Entre las principales limitaciones se encuentran la escasez de profesionales, la fragmentación de servicios y el estigma social. Estas dificultades se agravan en zonas rurales, fronterizas y en contextos de movilidad humana. Esto evidencia la distancia entre la normativa y su aplicación real en el territorio (Reyes & Santos, 2024; World Health Organization, 2021).

Por otro lado, la evidencia muestra que no basta con la atención individual si no se intervienen los factores del entorno. El empleo precario, la desigualdad social y la baja cohesión comunitaria afectan negativamente la salud mental. En contraste, las redes de apoyo social actúan como factores protectores relevantes. Sin embargo, persiste una brecha entre las recomendaciones internacionales y su implementación local (Oliveros et al., 2022; Marrone & Swarbrick, 2020).

En este contexto, es necesario profundizar el análisis de la salud mental desde una perspectiva territorial que permita comprender la interacción entre los determinantes sociales y las dinámicas comunitarias. No basta con reconocer factores como pobreza o violencia, sino analizar su expresión en contextos específicos. Esto condiciona tanto el bienestar psicológico como el acceso a los servicios de salud. Por ello, se requieren estrategias integrales, sostenibles y culturalmente pertinentes (World Health Organization, 2021; Reyes & Santos, 2024).

En este marco, el presente estudio tiene como objetivo general analizar la relación entre los determinantes sociales, las brechas territoriales y la atención en salud mental en la comunidad. Como objetivos específicos, se plantean identificar los principales determinantes sociales que influyen en la salud mental de la población; describir las brechas territoriales en el acceso a servicios de salud mental, especialmente en zonas rurales, fronterizas y poblaciones en situación de movilidad humana; analizar las limitaciones del primer nivel de atención en la provisión de servicios de salud mental dentro del

MAIS-FCI; y, finalmente, describir acciones comunitarias y el involucramiento social orientados a la promoción y prevención de la salud mental.

## 2. Metodología

El presente artículo se enmarcó en un enfoque cualitativo de tipo revisión bibliográfica, con el propósito de analizar las brechas en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) para la salud mental en el primer nivel de atención, así como la relación entre los determinantes sociales, las brechas territoriales y la atención en salud mental en la comunidad.

El estudio se sustentó en la revisión, interpretación y síntesis de información proveniente de literatura científica de los últimos cinco años, documentos normativos e informes técnicos, lo cual permitió comprender fenómenos sociales y sanitarios complejos (Hernández Sampieri & Mendoza, 2018). Se trató de una investigación no experimental, dado que no se manipularon variables, sino que se observaron y analizaron tal como se presentaron en la realidad documental. Asimismo, se adoptó un diseño de revisión integrativa, que permitió incluir diferentes tipos de estudios empíricos, teóricos y normativos con el fin de obtener una visión amplia y multidimensional del fenómeno investigado (Salazar et al., 2019).

Las fuentes consultadas incluyeron bases de datos académicas de acceso internacional y regional como Scopus, PubMed, SciELO, Redalyc, Dialnet y Google Scholar. Adicionalmente, se revisaron documentos oficiales de la World Health Organization (se eliminó duplicación) y normativas nacionales emitidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2013), con especial énfasis en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

Para la búsqueda se emplearon palabras clave en español e inglés, combinadas con operadores booleanos (AND, OR), tales como: "salud mental" AND "determinantes sociales", "mental health" AND "social determinants", "MAIS-FCI" AND "atención primaria", "brechas territoriales" AND "salud mental", "community mental health" AND "primary care", "desempleo" AND "salud mental" y "violencia de género" AND "salud mental". El periodo de búsqueda comprendió publicaciones entre 2018 y 2026, con el fin de abarcar información actualizada sobre la implementación del MAIS-FCI y los avances recientes en salud mental comunitaria.

El proceso de selección se realizó en varias etapas. En primer lugar, se eliminaron los documentos duplicados y se revisaron títulos y resúmenes para verificar la pertinencia temática. Posteriormente, se procedió a la lectura completa de los textos preseleccionados, evaluando su relevancia y calidad metodológica. Finalmente, se seleccionaron los documentos que cumplieran con los criterios de inclusión para el análisis final.

Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas o integrativas, informes técnicos y documentos normativos relacionados con salud mental, determinantes sociales, MAIS-FCI, atención primaria y brechas territoriales, publicados en español, inglés o portugués, y revisados por pares o provenientes de organismos oficiales. Se excluyeron documentos duplicados, literatura gris sin respaldo académico y estudios centrados exclusivamente en aspectos clínicos o farmacológicos sin vinculación con determinantes sociales, territorio o políticas públicas.

El análisis se estructuró organizando las fuentes según autor, año, país, metodología, principales hallazgos y aportes al campo de la salud mental comunitaria. Posteriormente, se aplicó un análisis temático que permitió identificar categorías emergentes organizadas en torno a los objetivos

específicos del estudio: determinantes sociales asociados a la salud mental (pobreza, violencia, desempleo y género); brechas territoriales en el acceso a servicios de salud mental; limitaciones del primer nivel de atención en el marco del MAIS-FCI; y estrategias comunitarias orientadas a la promoción y prevención.

Adicionalmente, se realizó un análisis comparativo entre la oferta normativa establecida por el MAIS-FCI y las limitaciones reales identificadas en la literatura, utilizando tablas comparativas para visualizar las discrepancias. La triangulación de fuentes (artículos científicos, documentos normativos e informes técnicos) permitió reforzar la validez y confiabilidad de los resultados, al contrastar información proveniente de diferentes tipos de documentos y contextos.

Al tratarse de una revisión bibliográfica, este estudio presentó limitaciones inherentes a este tipo de diseño. La disponibilidad y accesibilidad de algunos documentos, especialmente informes técnicos locales y datos desagregados por territorio pudieron restringir el alcance de la revisión. No obstante, la selección sistemática de fuentes y la triangulación de información contribuyeron a minimizar estos sesgos y fortalecieron la validez de los hallazgos.

### 3. Desarrollo

#### Determinantes sociales y salud mental

La salud mental contemporánea exige un enfoque integral que trascienda los servicios clínicos tradicionales, incorporando las realidades sociales y territoriales en las que se desarrolla la vida humana. En este marco, los determinantes sociales se configuran como ejes explicativos clave del bienestar psicosocial, ya que factores como la pobreza, el desempleo, la violencia y las brechas de género no solo incrementan el riesgo de trastornos mentales, sino que también condicionan las posibilidades de acceso, tratamiento y recuperación. De este modo, su análisis resulta coherente con el objetivo del estudio, al permitir comprender las desigualdades en salud mental desde una perspectiva estructural (Ridley et al., 2020; Kirkbride et al., 2024).

#### Pobreza y exclusión social

La estabilidad económica, que incluye la seguridad laboral y los ingresos, constituye un determinante crítico de la salud mental. La inseguridad financiera se asocia significativamente con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y consumo de sustancias (American Psychiatric Association, s. f.). Según Thomson et al. (2022), la pobreza tiene un impacto estimado del 2,15 % en la prevalencia de trastornos mentales comunes en la población trabajadora, afectando con mayor severidad a las mujeres.

La evidencia en salud pública ha demostrado que vivir en contextos marcados por la discriminación, la inseguridad comunitaria y la escasa cohesión social incrementa el riesgo de estrés crónico y deterioro psicológico. Estos factores interactúan entre sí de manera interseccional, generando impactos desiguales en mujeres, minorías étnicas y otros grupos vulnerables. En este sentido, la pobreza no solo limita recursos materiales, sino que también afecta las capacidades de afrontamiento y adaptación social (Ridley et al., 2020).

Asimismo, la pobreza experimentada desde etapas tempranas de la vida, incluso durante el período prenatal, se asocia con malnutrición y exposición prolongada a factores de estrés, lo que impacta negativamente en el desarrollo cognitivo y aumenta la probabilidad de trastornos mentales en la

---

adultez. Este hallazgo refuerza la necesidad de intervenciones tempranas y preventivas, alineadas con un enfoque de curso de vida (Ridley et al., 2020).

## **Violencia estructural y comunitaria**

Burgess (2023) cuestiona la fragmentación de la dimensión social en el abordaje de la salud mental, señalando que su análisis en categorías aisladas limita la comprensión integral del sufrimiento humano. En este sentido, se evidencia que los enfoques reduccionistas dificultan abordar condiciones estructurales como la pobreza, la desigualdad y la discriminación, que inciden directamente en el malestar psicosocial.

Asimismo, se critica el predominio de enfoques biomédicos centrados exclusivamente en los síntomas, los cuales suelen desvincularse de los contextos sociales, institucionales y comunitarios donde se originan los problemas de salud mental (Burgess, 2023). Esta limitación resulta relevante frente al objetivo del estudio, ya que evidencia la necesidad de modelos más integrales en el primer nivel de atención.

Ridley et al. (2020) proponen la adopción de una “topología social” basada en la interseccionalidad, orientada a reconocer la complejidad de las realidades sociales. Este enfoque permite comprender cómo la discriminación, la inseguridad y la falta de cohesión social generan estrés y trastornos psicológicos, promoviendo intervenciones centradas en la justicia social.

En consecuencia, las personas que viven en contextos sociales adversos presentan una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental. Abordar estas problemáticas trasciende el ámbito sanitario, configurándose como una responsabilidad ética y un compromiso con la equidad y la justicia social (Kirkbride et al., 2024).

## **Desempleo y precariedad laboral**

El empleo remunerado se reconoce como un factor protector de la salud mental, especialmente en personas con enfermedades mentales graves; sin embargo, el desempleo de larga duración constituye un factor de riesgo frecuentemente subestimado por los sistemas de salud (Marrone & Swarbrick, 2020).

Situaciones como la inseguridad laboral, el subempleo o el cierre de empresas impactan significativamente en la salud física y mental, al generar incertidumbre y estrés prolongado. Asimismo, los desincentivos asociados a la pérdida de beneficios sociales limitan la inserción laboral de personas en situación de vulnerabilidad. En este contexto, el desempleo se asocia con mayor riesgo de consumo de alcohol y dependencia a la nicotina (Marrone & Swarbrick, 2020).

Adicionalmente, la disminución de ingresos restringe la capacidad de planificación y control sobre el proyecto de vida, afectando el bienestar subjetivo. Oliveros et al. (2022) evidencian que el deterioro de las redes sociales y la percepción negativa de la realidad se asocian con problemas de salud mental, mientras que las relaciones sociales positivas actúan como factores protectores.

En síntesis, la evidencia reciente demuestra que el desempleo y la precariedad laboral se asocian de manera consistente con un mayor malestar psicológico, incluso en contextos con sistemas de salud universales. Esto refuerza la necesidad de integrar estos factores en las políticas públicas y estrategias de intervención en salud mental (Alegría et al., 2018).

## Género y vulnerabilidad

Machuca y Pérez (2023) evidencian que las desigualdades de género influyen de manera determinante en la salud mental, afectando especialmente a las mujeres. A partir del análisis de diversos estudios, se identifica una mayor prevalencia de trastornos como depresión y ansiedad, así como un mayor consumo de psicofármacos en comparación con los hombres.

Por su parte, Meneses et al. (2024) analizaron la relación entre salud mental y calidad de vida en mujeres ecuatorianas expuestas a violencia de género. Los resultados evidencian que las víctimas presentan mayor deterioro en dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales, en comparación con aquellas que no han experimentado violencia.

Asimismo, factores como la edad, el nivel socioeconómico, la escolaridad y el estado civil influyen significativamente en la magnitud del impacto, evidenciando la complejidad del fenómeno. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer políticas públicas integrales con enfoque de género, orientadas a mejorar el bienestar y la calidad de vida.

En este contexto, resulta clave que los servicios de salud mental integren de manera sistemática los determinantes sociales y de género en la evaluación y el abordaje clínico, reconociendo su impacto estructural en la salud mental. De este modo, se contribuye directamente al cumplimiento del objetivo del estudio, al vincular evidencia empírica con necesidades de intervención (Marrone & Swarbrick, 2020).

La tabla 1 sistematiza la relación entre cuatro ejes críticos: pobreza, violencia, precariedad laboral y desigualdad de género, detallando cómo cada uno deteriora el bienestar emocional (causando ansiedad, depresión o trauma). La figura 1 ilustra el camino causal entre el entorno social y la salud mental. Muestra cómo los determinantes (pobreza, género, desempleo y violencia) operan a través de mecanismos sociales (como la discriminación) y se profundizan mediante la interseccionalidad (etnia, migración, nivel socioeconómico).

**Tabla 1**

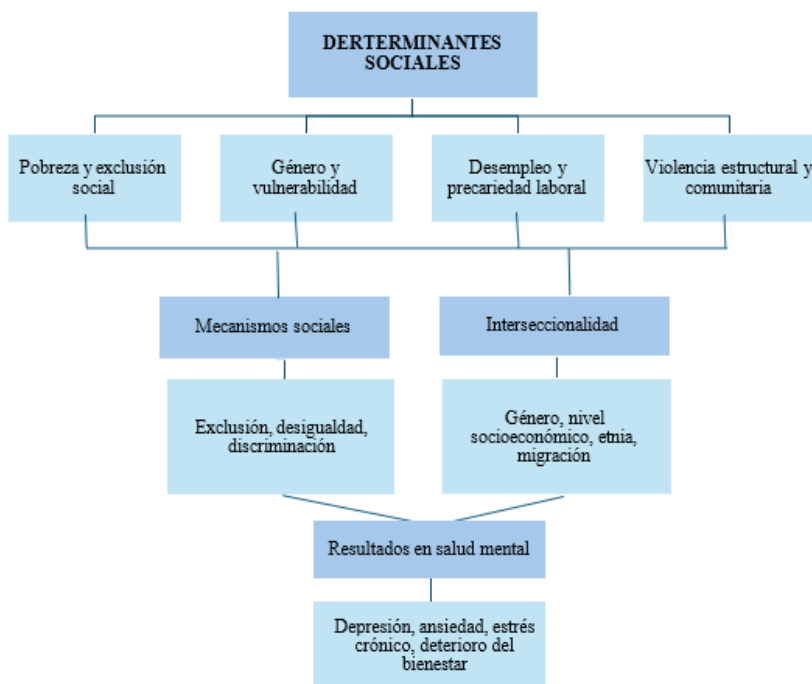
*Síntesis de los determinantes sociales y su impacto en la salud mental*

Determinante social	Impacto en salud mental	Población más afectada	Nivel de intervención
Pobreza y exclusión social	Incrementa la probabilidad de presentar depresión, ansiedad, estrés persistente y consumo de sustancias, como consecuencia de la inestabilidad económica, las condiciones habitacionales deficientes y la escasez de oportunidades sociales	Personas de bajos ingresos, mujeres, niños y comunidades con escaso acceso a recursos.	<b>Individual:</b> Acceso a atención psicológica y a servicios de salud mental. <b>Comunitario:</b> Desarrollo de programas de apoyo social y fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo. <b>Estructural:</b> Implementación de políticas públicas orientadas a la reducción de la pobreza.
Violencia estructural y comunitaria	Genera trauma psicológico, ansiedad, estrés postraumático y deterioro del bienestar emocional.	Mujeres, niños, minorías sociales y comunidades con alta violencia social.	<b>Individual:</b> Atención psicológica y acompañamiento. <b>Comunitario:</b> Programas de prevención de violencia. <b>Estructural:</b> Políticas públicas de seguridad y protección social.
Desempleo y precariedad laboral	Provoca pérdida de autoestima, incertidumbre económica y mayor riesgo de consumo de alcohol o tabaco.	Adultos en edad laboral, personas con bajo nivel educativo o empleos informales.	<b>Individual:</b> Orientación laboral y apoyo psicológico. <b>Comunitario:</b> Programas de inserción laboral. <b>Estructural:</b> Políticas de empleo digno.

Desigualdad de género y vulnerabilidad	Mayor prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de psicofármacos en mujeres debido a la sobrecarga de cuidados, violencia y desigualdad laboral.	Mujeres expuestas a violencia de género y desigualdad socioeconómica.	<b>Individual:</b> Atención psicológica y apoyo social. <b>Comunitario:</b> Programas de prevención de violencia de género. <b>Estructural:</b> Políticas de igualdad y protección de derechos.
--	---	---	---

**Figura 1**

*Interrelación de los principales determinantes sociales que influyen en la salud mental*



## Situación de la salud mental en el primer nivel

### *Oferta de servicios en el MAIS-FCI*

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2024), a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), plantea la garantía de acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad en el primer nivel de atención. En este marco, la salud mental se incorpora como un componente esencial de la atención primaria, mediante acciones orientadas a la promoción, prevención, diagnóstico oportuno y seguimiento de los trastornos mentales. Asimismo, se contemplan procesos de referencia y contrarreferencia hacia niveles especializados, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario y la articulación comunitaria. Sin embargo, la evidencia sugiere una brecha entre esta oferta normativa y su implementación efectiva en el territorio (Ministerio de Salud Pública, 2018).

### *Déficit de profesionales especializados*

La atención en salud mental presenta una alta demanda en el primer nivel, lo cual se ve agravado por la escasez de psiquiatras y otros profesionales especializados. Esta limitación estructural genera sobrecarga en el personal de atención primaria, así como inseguridad en el manejo de casos complejos y una mayor dependencia de los servicios especializados (Rameez & Nasir, 2023).

En respuesta a esta problemática, se han propuesto estrategias como la implementación de guías clínicas estandarizadas, entre ellas el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), adoptado

en Ecuador. Además, se plantea la ampliación del rol de la enfermería en salud mental como una estrategia clave para fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel (Franca et al., 2025).

### *Acceso y tiempos de atención*

El acceso a los servicios de salud mental continúa siendo limitado y fragmentado en diversos contextos, especialmente en el primer nivel de atención. Un estudio realizado en Brasil evidencia problemas relacionados con listas de espera prolongadas, financiamiento insuficiente y débil articulación entre niveles de atención (Dos Santos Treichel et al., 2021).

En este sentido, los tiempos de espera para la atención especializada pueden extenderse por meses o incluso años, lo que incrementa el riesgo de agravamiento de los trastornos y abandono del tratamiento (Edbrooke-Childs & Deighton, 2020; Moroz et al., 2020). Esta situación refuerza el papel estratégico del primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud, aunque también evidencia sus limitaciones estructurales.

### *Estigmatización del trastorno mental*

El estigma social se reconoce como una de las barreras más persistentes para el acceso a servicios de salud mental, ya que influye negativamente en la búsqueda de ayuda y en la adherencia al tratamiento. Diversos estudios han demostrado que las intervenciones comunitarias y los programas educativos contribuyen a reducir la estigmatización, especialmente cuando incluyen testimonios y estrategias participativas en contextos educativos y sociales (Hajizadeh et al., 2024).

No obstante, la persistencia del estigma refleja la necesidad de intervenciones sostenidas y culturalmente pertinentes, orientadas a transformar percepciones sociales y fortalecer la inclusión. La tabla 2 presenta una comparación entre la oferta normativa de los servicios de salud mental en el primer nivel, establecida por el modelo MAIS-FCI, y las limitaciones observadas en su implementación real.

**Tabla 2**

*Oferta Normativa de Servicios vs. Limitaciones Reales en Salud Mental*

Aspecto	Oferta normativa	Limitaciones reales
Déficit de especialistas	Disponibilidad teórica de al menos un profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra) por establecimiento del primer nivel, con cobertura universal en la Red Pública Integral de Salud (RPIS).	Cobertura limitada en la práctica, con solo el 23,9 % de los establecimientos que disponen de servicios de salud mental; aproximadamente 174 psicólogos a nivel nacional, concentrados en zonas urbanas (≈69 %).
Tiempos de espera	Atención oportuna en el primer nivel, con tiempos de asignación de citas iguales o menores a 7 días.	Demoras prolongadas en la atención especializada, que pueden extenderse por semanas o meses, afectando la continuidad del tratamiento.
Continuidad de la atención	Modelo integral y articulado entre el primer nivel, la atención hospitalaria y el componente comunitario, conforme al MAIS-FCI.	Fragmentación del sistema de atención, con desarticulación entre niveles y brechas territoriales, especialmente en zonas rurales, indígenas y fronterizas; solo 15 de 24 provincias cuentan con servicios básicos de salud mental.
Estigmatización	Implementación de programas de sensibilización, educación comunitaria y formación del personal de salud orientados a reducir el estigma.	Persistencia de barreras socioculturales, limitada pertinencia intercultural, ausencia de personal bilingüe en territorios indígenas y subutilización de servicios en áreas rurales (≈20 % de cobertura).

*Nota.* Adaptado de Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2024) y Moreno-Zambrano et al. (2023).

## Brechas Territoriales

### *Diferencias urbano – rurales*

El acelerado proceso de urbanización ha incrementado la exposición de la población a diversos riesgos para la salud mental, asociados tanto al entorno social como al espacio físico en el que se desarrollan las personas. En contextos socioculturales que integran visiones holísticas del ser humano, se ha evidenciado que las condiciones territoriales influyen significativamente en el bienestar psicosocial.

Un estudio realizado en una metrópolis de Polonia mostró que los residentes urbanos presentaban mejores índices de salud mental en comparación con aquellos que habitan en pueblos remotos y ciudades pequeñas (Ochnik et al., 2024). Estos hallazgos permiten establecer un paralelismo con el contexto ecuatoriano, donde la distribución de profesionales de salud mental es desigual, concentrándose en provincias urbanas como Pichincha y Guayas, con escasa presencia en zonas rurales y fronterizas.

En relación con la disponibilidad de recursos humanos, datos del sistema público ecuatoriano evidencian la existencia de aproximadamente 138 psiquiatras, distribuidos de manera inequitativa en el territorio nacional (Wong-Ayoub, Andrés-Suárez, et al., 2022). Se identificó que varias provincias carecen de estos servicios, mientras que la mayor concentración se encuentra en áreas urbanas centrales, con presencia mínima o nula en zonas rurales y fronterizas. Esta distribución refleja una brecha estructural en el acceso a la atención en salud mental en el primer nivel, en contradicción con los principios del MAIS-FCI (Wong-Ayoub, Andrés-Suárez, et al., 2022).

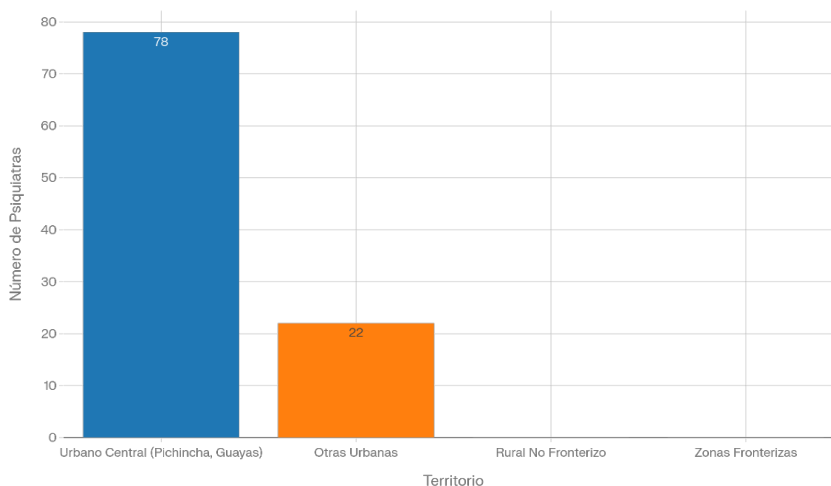
Asimismo, la evidencia sugiere que la urbanización actúa como un determinante transversal que influye en múltiples dimensiones de la salud mental. El entorno físico urbano incide indirectamente a través de factores como la cohesión social, el aislamiento y la calidad de vida, mientras que la organización territorial se relaciona con condiciones de salud física y mental (Ochnik et al., 2024). En el caso ecuatoriano, estas desigualdades territoriales se articulan con factores sociodemográficos y económicos, generando escenarios de inequidad que afectan especialmente a poblaciones vulnerables.

En este sentido, condiciones sociodemográficas, epidemiológicas, económicas y culturales contribuyen a la reproducción de desigualdades e injusticias sociales, incrementando el riesgo de trastornos mentales en grupos como niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad (Guédez et al., 2023).

Este análisis refuerza la relación entre territorio y salud mental, evidenciando que las brechas geográficas no solo limitan el acceso a servicios, sino que también condicionan los determinantes del bienestar psicológico. La figura 2 es un gráfico de barras que muestra la distribución geográfica del número de psiquiatras en diferentes tipos de territorios.

**Figura 2**

*Distribución psiquiatras en Salud Pública en el Ecuador (2022)*



### Zonas fronterizas y de difícil acceso

El acceso a los servicios de salud mental resulta particularmente limitado en zonas fronterizas y territorios de difícil acceso, donde convergen múltiples factores de vulnerabilidad. Un estudio realizado en Tacna, Perú, identificó barreras como condiciones geográficas adversas, costos económicos, escasez de personal capacitado y desinformación, las cuales restringen el acceso a servicios de salud, incluida la atención en salud mental (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

De manera complementaria, Kavanagh et al. (2023) señalan que las dificultades de acceso en áreas rurales, regionales y remotas incrementan la carga de enfermedad mental, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias que mejoren la cobertura y el uso efectivo de los servicios. Estos hallazgos son consistentes con la realidad ecuatoriana, donde las brechas territoriales limitan la implementación efectiva del modelo MAIS-FCI en contextos periféricos.

### Impacto en la migración y en la movilidad humana

La movilidad humana constituye un factor determinante en la salud mental, especialmente en contextos de migración forzada o reubicación. La adaptación a un nuevo entorno sociocultural genera altos niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos, debido a cambios abruptos, barreras culturales y dificultades de integración. En este contexto, un estudio analizó la relación entre movilidad humana y salud mental en jóvenes venezolanos reubicados en Ecuador, evidenciando impactos asociados a la separación familiar, la exclusión social y experiencias adversas (Reyes & Santos, 2024).

En Ecuador, la población migrante, particularmente de origen venezolano, enfrenta múltiples riesgos psicosociales que incrementan su vulnerabilidad, incluyendo precariedad económica, discriminación y acceso limitado a servicios de salud.

Estas condiciones aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, evidenciando la necesidad de intervenciones integrales con enfoque territorial e intercultural (World Vision Ecuador, 2024). La tabla 3 presenta una relación sistemática entre los principales factores de riesgo asociados a contextos de vulnerabilidad social y migratoria y sus correspondientes manifestaciones clínicas en salud mental

**Tabla 3**

*Factores de riesgo y manifestaciones clínicas*

Factores de riesgo	Descripción principal	Manifestaciones clínicas frecuentes
<b>Ruptura de redes</b>	Pérdida de lazos familiares, sociales y culturales durante el desplazamiento.	Depresión (soledad persistente), ansiedad (preocupación constante por seres queridos).
<b>Incertidumbre laboral</b>	Falta de empleo estable, explotación o informalidad en el mercado laboral.	Ansiedad (inquietud por futuro económico), estrés postraumático (revivencias de precariedad).
<b>Discriminación</b>	Racismo, xenofobia y exclusión social en comunidades de acogida	Depresión (baja autoestima), TEPT (hipervigilancia por amenazas percibidas).
<b>Violencia</b>	Exposición a violencia en ruta, doméstica o estructural (detenciones, abusos).	TEPT (flashbacks, pesadillas), ansiedad (evitación de entornos), depresión (desesperanza).

El 74 % de las personas migrantes experimenta síntomas de estrés, ansiedad o depresión, acompañado de una baja búsqueda de ayuda profesional, lo que evidencia importantes barreras de

acceso a los servicios de salud mental (Dialoguemos, 2024). En este contexto, la movilidad humana constituye un factor determinante que impacta negativamente en la salud mental, especialmente en jóvenes migrantes que enfrentan procesos de adaptación a nuevos entornos socioculturales, ruptura de redes de apoyo y múltiples condiciones de vulnerabilidad.

Estas circunstancias generan una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, observándose diferencias por sexo, con una mayor afectación en mujeres (40 %) en comparación con hombres (30 %). Dicha situación se ve agravada por la limitada disponibilidad de oportunidades educativas y laborales, así como por la incertidumbre respecto al futuro, factores que intensifican el malestar psicológico y dificultan la integración social de esta población.

## Estrategias comunitarias de prevención

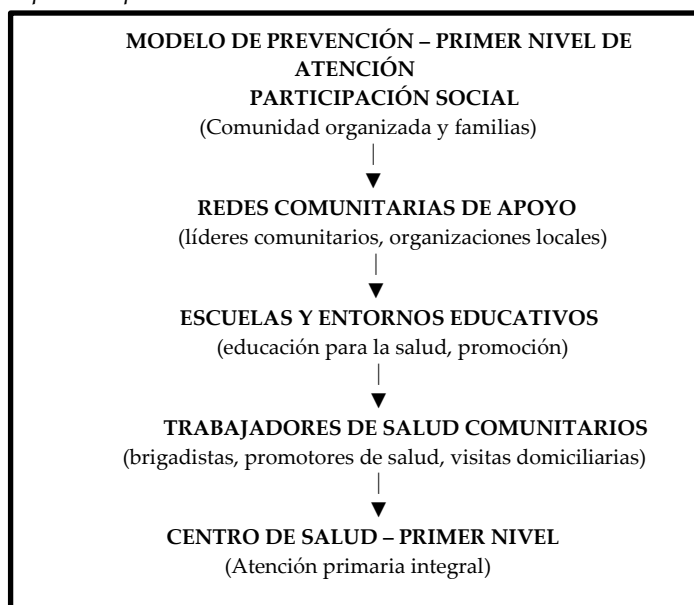
### *Promoción de salud mental en las escuelas*

Los programas de promoción de la salud mental en entornos educativos constituyen una estrategia clave para el fortalecimiento del bienestar psicológico desde etapas tempranas. Estos programas fomentan conductas saludables y habilidades socioemocionales; sin embargo, su efectividad se ve limitada por diversos factores estructurales y operativos. Entre estos se incluyen la sobrecarga laboral docente, la falta de capacitación específica, el tiempo insuficiente para su implementación, la rigidez curricular y la escasa integración de estas iniciativas en los planes formativos institucionales (Pérez-Jorge et al., 2021).

En consecuencia, resulta necesario fortalecer el diseño e implementación de estas estrategias, incorporando enfoques integrales, participativos e interculturales que permitan mejorar su impacto y sostenibilidad en el sistema educativo. La figura 3 representa un modelo de prevención en salud mental en el primer nivel de atención, organizado de manera jerárquica y secuencial desde la comunidad hacia los servicios formales de salud. En la base se sitúa la participación social, entendida como la implicación activa de la comunidad organizada y las familias en el cuidado de la salud. A partir de este nivel, se articulan las redes comunitarias de apoyo, conformadas por líderes comunitarios y organizaciones locales, que facilitan la cohesión social y la identificación temprana de necesidades.

**Figura 3**

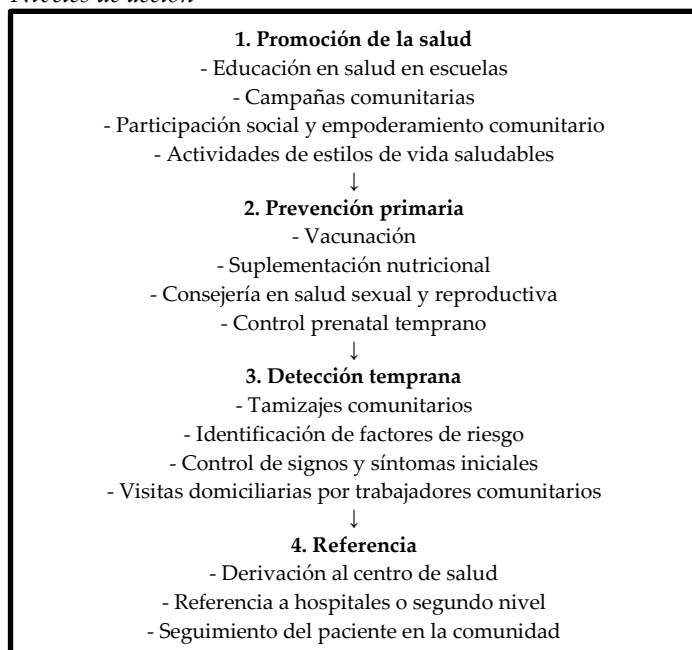
*Esquema Operativo*



La figura 4 ilustra un modelo escalonado de intervención en salud en el primer nivel de atención, estructurado en tres etapas progresivas que priorizan la anticipación del riesgo y la acción temprana. En primer lugar, se presenta la promoción de la salud, que incluye estrategias como la educación en salud en entornos escolares, campañas comunitarias, la participación social y el empoderamiento comunitario, así como la promoción de estilos de vida saludables; este nivel busca fortalecer capacidades individuales y colectivas para el autocuidado.

**Figura 4**

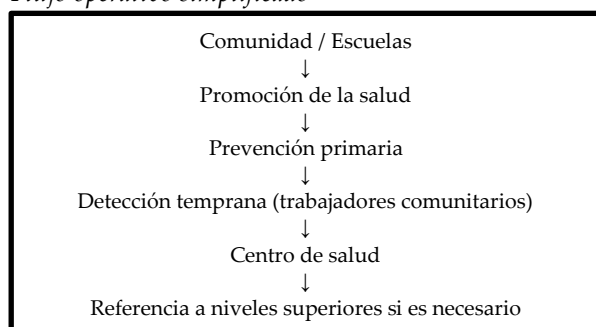
*Niveles de acción*



La figura 5 representa un flujo continuo de atención en salud desde la comunidad hasta los niveles especializados, estructurado de manera secuencial y orientado a la prevención y la atención oportuna. El proceso inicia en la comunidad y las escuelas, consideradas espacios fundamentales para la interacción social y la identificación de necesidades en salud. A partir de este punto, se desarrollan acciones de promoción de la salud, enfocadas en fortalecer el conocimiento, los hábitos saludables y el autocuidado en la población.

**Figura 5**

*Flujo operativo simplificado*



Los programas de educación y promoción de la salud en el ámbito escolar deben concebirse como un compromiso social integral, que involucre no solo a la comunidad educativa, sino también a las

familias y a los profesionales de la salud. Este enfoque trasciende el espacio exclusivamente escolar, favoreciendo la construcción de entornos saludables y sostenibles. En este sentido, resulta fundamental priorizar su inclusión en la planificación anual, estructurarlos de manera estratégica para garantizar su eficacia y fortalecer la capacitación docente, de modo que los educadores actúen como líderes en la promoción de hábitos saludables en el alumnado.

### *Redes comunitarias de apoyo*

Las redes comunitarias de apoyo y los trabajadores de salud comunitarios (TSC) desempeñan un papel clave en la promoción de la salud mental, debido a su cercanía con la población y al hecho de compartir idioma, creencias y experiencias socioculturales. Estas características facilitan la generación de confianza y la aceptación de las intervenciones, permitiendo promover estilos de vida saludables, vincular a las personas con servicios y recursos disponibles, y fortalecer la resiliencia comunitaria a través de redes formales e informales (Yousefi Nooraie et al., 2025).

Asimismo, las intervenciones comunitarias pueden orientarse a la difusión de información sanitaria mediante canales de confianza, así como al fomento de la participación de la comunidad. Estas estrategias contribuyen a mejorar la circulación de mensajes de salud y a potenciar su impacto, especialmente en contextos de vulnerabilidad social.

### *Participación social en prevención*

La Declaración de Alma-Ata, reafirmada en múltiples resoluciones internacionales y regionales sobre el derecho a la salud, establece la participación comunitaria como un pilar fundamental de los sistemas sanitarios. No obstante, su implementación ha sido progresiva y, en muchos contextos, limitada, ya que la mera existencia de mecanismos formales no garantiza una participación efectiva en la toma de decisiones ni en la gobernanza sanitaria (Báscolo et al., 2024).

En consecuencia, es necesario fortalecer los procesos participativos, promoviendo mecanismos inclusivos, representativos y sostenibles que permitan a las comunidades incidir activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas de salud, especialmente en el ámbito de la prevención. La tabla 4 presenta un análisis comparativo entre el marco internacional de la Atención Primaria de Salud, basado en los principios de la Declaración de Alma-Ata y posteriores desarrollos, y su aplicación en el contexto ecuatoriano, destacando tanto los avances como las limitaciones

**Tabla 4**

*Cuadro analítico de participación social y su aplicación en el contexto nacional*

	Marco internacional (Alma-Ata y posteriores)	Aplicación en Ecuador	Avances	Limitaciones
<b>Participación comunitaria</b>	Plena participación de individuos, familias y comunidades en la planificación, ejecución y control de la atención; promoción de la auto-responsabilidad.	Integración mediante redes comunitarias, instituciones educativas y trabajadores de salud comunitarios en espacios como las Casas de la Salud.	Fortalecimiento de redes locales y desarrollo de mecanismos de vigilancia participativa en atención primaria de salud (APS).	Implementación desigual en zonas rurales; baja sostenibilidad debido a la dependencia del financiamiento estatal.
<b>Acceso universal y equidad</b>	La APS como primer nivel de contacto, accesible y cercano al lugar de residencia o trabajo, con prioridad en poblaciones vulnerables.	Implementación de estrategias nacionales como programas de inmunización y control de enfermedades, lideradas por el Ministerio de Salud Pública.	Coberturas elevadas en vacunación infantil y avances en la reducción de la mortalidad materna.	Persisten brechas de acceso en zonas rurales, indígenas y amazónicas; sobrecarga en el primer nivel de atención.

<b>Enfoque integral</b>	Aborda educación en salud, nutrición, agua y saneamiento, salud materno-infantil, prevención de enfermedades endémicas y acceso a medicamentos esenciales.	Implementación del modelo de atención integral, familiar y comunitario, con énfasis en promoción y prevención en el primer nivel.	Desarrollo de programas intersectoriales (salud-educación) y fortalecimiento de la detección temprana de enfermedades.	Fragmentación entre niveles de atención; limitada disponibilidad de medicamentos en zonas rurales.
<b>Recursos y sostenibilidad</b>	Uso eficiente de recursos locales, costos asequibles y articulación con el desarrollo socioeconómico del país.	Financiamiento a través del Ministerio de Salud Pública y gobiernos autónomos descentralizados; implementación de brigadas comunitarias.	Expansión de unidades básicas de salud y formación de trabajadores de salud comunitarios.	Financiamiento inestable; rotación del personal comunitario; persistencia de inequidades entre zonas urbanas y rurales.

## Intervención psicosocial comunitaria

Un estudio analizó la relación entre determinantes, estrategias y resultados de implementación en una intervención psicosocial comunitaria dirigida a mujeres migrantes, refugiadas y comunidades de acogida en localidades de Ecuador y Panamá. Los hallazgos evidenciaron que la participación de actores comunitarios constituye un factor clave para el éxito de las intervenciones, junto con el diseño continuo, la implementación en entornos comunitarios y la modalidad grupal. Asimismo, se destacó la importancia de la capacitación y supervisión de facilitadores no especializados, así como el uso de incentivos económicos mediante el reembolso de gastos, lo que favorece la adherencia y sostenibilidad de las intervenciones (Greene et al., 2024).

## Integración efectiva en el MAIS-FCI

### *Articulación intersectorial (educación, desarrollo social, justicia)*

La incorporación de la salud mental en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) requiere una articulación intersectorial efectiva que trascienda la acción exclusiva del sistema sanitario. La evidencia reciente indica que los problemas de salud mental están estrechamente vinculados a determinantes sociales, como el acceso a la educación, las condiciones de vida y los mecanismos de protección jurídica, los cuales demandan respuestas coordinadas entre múltiples sectores (World Health Organization, 2022).

Desde esta perspectiva, la intersectorialidad se consolida como un eje estratégico para la promoción del bienestar psicológico, la prevención de trastornos mentales y la reducción de inequidades en salud, especialmente en territorios caracterizados por pobreza, violencia y exclusión social (World Health Organization, 2021). En ausencia de una coordinación efectiva entre los sectores de educación, desarrollo social y justicia, el enfoque comunitario del MAIS-FCI tiende a fragmentarse, limitando su impacto sobre los determinantes estructurales que condicionan el bienestar psicológico a lo largo del curso de vida.

### *Modelos de atención integral en salud mental*

En las últimas décadas, los modelos de atención en salud mental han evolucionado hacia enfoques integrales, comunitarios y basados en derechos humanos, reconociendo que los trastornos mentales y los malestares psicosociales deben abordarse considerando los contextos sociales, culturales y territoriales en los que se desarrollan.

De acuerdo con la World Health Organization, estos modelos deben priorizar la atención primaria, la continuidad del cuidado, la participación comunitaria y la articulación intersectorial como pilares fundamentales para garantizar el acceso equitativo y la calidad de los servicios (World Health Organization, 2022). En este sentido, la salud mental deja de concebirse exclusivamente como un ámbito especializado para integrarse de manera transversal en los sistemas de salud y en las políticas públicas.

Uno de los elementos centrales es el enfoque comunitario, el cual reconoce a la comunidad como un actor activo en los procesos de promoción, prevención y recuperación en salud mental. Este enfoque promueve intervenciones territorializadas, culturalmente pertinentes y orientadas al fortalecimiento de redes de apoyo social, reduciendo la dependencia de servicios altamente especializados (World Health Organization, 2021).

Asimismo, los modelos contemporáneos enfatizan la incorporación de un enfoque de derechos humanos, reconociendo a las personas con sufrimiento psíquico como sujetos de derechos y no únicamente como receptores de atención. Esta perspectiva busca combatir el estigma, la discriminación y las prácticas coercitivas, promoviendo la autonomía, la inclusión social y la participación activa de las personas y sus familias en los procesos de cuidado (World Health Organization, 2021).

En el contexto latinoamericano, estos enfoques han sido promovidos mediante estrategias centradas en la atención primaria y la acción intersectorial, destacando la importancia de abordar factores estructurales como la pobreza, la violencia y la desigualdad social. Esto implica fortalecer capacidades locales y articular respuestas integrales que trasciendan el ámbito sanitario, con el fin de generar impactos sostenibles en la salud mental comunitaria (World Health Organization, 2021).

El MAIS-FCI se alinea con estos modelos integrales contemporáneos; sin embargo, su implementación efectiva depende de la capacidad del sistema para operacionalizar estos principios en el territorio, integrando la salud mental de manera transversal en el primer nivel de atención y adaptando las intervenciones a las realidades locales.

### ***Seguimiento comunitario y continuidad del cuidado***

El seguimiento comunitario y la continuidad del cuidado constituyen pilares fundamentales de los modelos integrales en salud mental, especialmente en contextos donde los determinantes sociales influyen significativamente en el bienestar psicológico. A diferencia de abordajes puntuales, el enfoque comunitario promueve un acompañamiento continuo que fortalece las capacidades individuales, familiares y comunitarias.

Según la World Health Organization, la continuidad del cuidado implica garantizar trayectorias de atención coherentes, accesibles y articuladas entre los distintos niveles del sistema de salud, priorizando la atención primaria como puerta de entrada y eje coordinador del proceso asistencial (World Health Organization, 2022). En este marco, el seguimiento comunitario permite identificar de manera temprana recaídas, factores de riesgo psicosocial y barreras de acceso, contribuyendo a la prevención de complicaciones y a la reducción de hospitalizaciones evitables.

Desde el enfoque del MAIS-FCI, el seguimiento comunitario se concibe como una estrategia activa que trasciende el espacio institucional, promoviendo la presencia territorial de los equipos de salud, la atención domiciliaria y la articulación con actores comunitarios. De este modo, se reconoce que el cuidado en salud mental se construye en el entorno cotidiano de las personas.

La continuidad del cuidado también se sustenta en el fortalecimiento de redes de apoyo formales e informales, incluyendo la participación de la familia, líderes comunitarios, instituciones educativas y

servicios sociales. Diversos estudios evidencian que estas redes mejoran la adherencia al tratamiento, reducen el estigma y favorecen procesos de recuperación sostenibles (World Health Organization, 2021).

No obstante, en la práctica, el seguimiento comunitario enfrenta múltiples desafíos, entre ellos la sobrecarga del primer nivel de atención, la escasez de recursos humanos capacitados en salud mental comunitaria y la fragmentación de los sistemas de información. Estas limitaciones dificultan la implementación de estrategias continuas y debilitan la respuesta integral del sistema de salud.

### Recomendaciones de política pública

El fortalecimiento de la salud mental desde un enfoque territorial y comunitario requiere políticas públicas coherentes con los principios del MAIS-FCI. A partir del análisis realizado, se proponen las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer la gobernanza territorial en salud mental, mediante la consolidación de liderazgos locales y la creación de mesas intersectoriales permanentes que articulen salud, educación, desarrollo social y justicia.
- Integrar la salud mental de manera transversal en el primer nivel de atención, fortaleciendo las capacidades en detección temprana, seguimiento comunitario y abordaje psicosocial.
- Impulsar la articulación intersectorial como política operativa, estableciendo mecanismos formales que permitan abordar los determinantes sociales de la salud mental (World Health Organization, 2022).
- Fortalecer el seguimiento comunitario y la continuidad del cuidado, priorizando estrategias sostenidas, redes de apoyo y sistemas efectivos de referencia y contrarreferencia (World Health Organization, 2021).
- Incorporar el enfoque de derechos humanos y la reducción del estigma, promoviendo la inclusión social, la participación comunitaria y el acceso equitativo a servicios culturalmente pertinentes.
- Mejorar los sistemas de información en salud mental, incorporando indicadores territoriales que permitan evaluar el impacto de las intervenciones y orientar la toma de decisiones.

En síntesis, los modelos de atención integral en salud mental constituyen un marco fundamental para el desarrollo de sistemas de salud más equitativos, centrados en las personas y sus comunidades. Su implementación en el MAIS-FCI representa una oportunidad estratégica para fortalecer la atención desde el territorio; sin embargo, requiere superar barreras estructurales, consolidar la articulación intersectorial y garantizar la integración efectiva de la salud mental en la atención primaria.

## 4. Discusión

La presente investigación evidencia que la salud mental no puede ser comprendida exclusivamente desde un enfoque clínico-individual, sino que requiere ser analizada desde una perspectiva integral que incorpore los determinantes sociales. En este sentido, los hallazgos refuerzan la necesidad de adoptar enfoques estructurales y preventivos, en concordancia con lo señalado por Kirkbride et al. (2024), quienes destacan que las personas que viven en contextos sociales desfavorables presentan mayor vulnerabilidad a lo largo del curso de vida, debido a su exposición continua a condiciones estructurales que perpetúan las desigualdades.

Los resultados indicaron que la inseguridad financiera y la pobreza constituyen determinantes clave en la prevalencia de trastornos mentales comunes, afectando con mayor severidad a las mujeres. Este patrón puede interpretarse desde una perspectiva de estratificación social, donde las desigualdades económicas configuran una “topología social” que incrementa la exposición a factores de riesgo psicosocial. Estos hallazgos se alinean con la propuesta de Kirkbride et al. (2024), quienes enfatizan la necesidad de implementar marcos preventivos orientados a la reducción de inequidades estructurales.

Asimismo, los resultados mostraron que la inestabilidad laboral trasciende la dimensión económica, influyendo directamente en el desarrollo de problemas de salud mental. El desempleo y la precariedad laboral no solo limitan el acceso a recursos, sino que también afectan la identidad social, la estabilidad emocional y el sentido de pertenencia. En concordancia con Sterud et al. (2025), se evidenció que el desempleo incrementa los niveles de depresión, ansiedad y malestar psicológico en la población adulta. Aunque el reemplazo puede contribuir a mejorar la salud mental, la persistencia de condiciones laborales precarias continúa representando un factor de riesgo significativo.

En relación con el enfoque de género, se evidenció que las mujeres en contextos de vulnerabilidad socioeconómica presentan una mayor probabilidad de desarrollar trastornos como ansiedad y depresión, lo cual puede explicarse por la intersección entre desigualdad económica, carga de cuidados y exposición a violencia. En concordancia, Martínez-Galiano et al. (2024) señalan que las mujeres que han experimentado violencia presentan una menor calidad de vida en comparación con aquellas que no han sido expuestas a estas situaciones. Estos hallazgos subrayan la necesidad de incorporar un enfoque de género en las políticas de salud mental.

En cuanto a la comparación entre la oferta normativa de servicios y las limitaciones reales, se identificó una brecha significativa entre lo establecido en el MAIS-FCI y su implementación efectiva en el territorio. Esta discrepancia evidencia limitaciones estructurales del sistema de salud, particularmente en contextos rurales, donde la disponibilidad de servicios es restringida. Estos resultados coinciden con lo reportado por Narváez (2025), quien documenta problemáticas similares en el ámbito rural. En este sentido, no solo se requieren ajustes normativos, sino también estrategias de implementación, financiamiento y monitoreo que garanticen el cumplimiento efectivo de las políticas públicas.

Los datos obtenidos muestran que las áreas urbanas concentran la mayor proporción de profesionales de salud mental (más del 70 %), mientras que las zonas rurales, amazónicas y fronterizas presentan una disponibilidad limitada de recursos. Según Wong-Ayoub, San Andrés-Suárez, et al. (2022), solo el 23,92 % de los establecimientos de salud ofrece servicios psicológicos o psiquiátricos, lo que evidencia una cobertura insuficiente.

Estas disparidades pueden explicarse por la escasez de personal capacitado, particularmente con competencias interculturales y dominio de lenguas indígenas, así como por la limitada disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en el primer nivel de atención, lo que agrava las barreras para una atención oportuna y continua.

Finalmente, la urbanización se configura como un determinante relevante en la salud mental, al influir tanto en la exposición a riesgos como en la distribución de recursos sanitarios. En el contexto ecuatoriano, la concentración de profesionales en provincias como Pichincha y Guayas contrasta con la escasez en zonas rurales y fronterizas, profundizando las inequidades territoriales.

Estudios recientes señalan que la ansiedad constituye uno de los principales factores de riesgo en salud mental, influida indirectamente por el entorno físico, la cohesión social y el aislamiento. Asimismo, las condiciones sociodemográficas, económicas y culturales interactúan de manera

compleja, generando desigualdades que afectan de forma desproporcionada a grupos vulnerables, como niños, mujeres y adultos mayores, lo que refuerza la necesidad de intervenciones territoriales e intersectoriales integrales.

## 5. Conclusiones

El análisis desarrollado a lo largo de este artículo permite afirmar que la salud mental en el primer nivel de atención no puede abordarse exclusivamente desde un modelo clínico tradicional, centrado en el diagnóstico individual y la prescripción farmacológica. Por el contrario, los hallazgos evidencian la necesidad de un enfoque integral, dado que los problemas de salud mental contemporáneos están profundamente enraizados en determinantes sociales estructurales, tales como la pobreza, la precariedad laboral y la violencia de género, los cuales desbordan las capacidades de respuesta de una consulta médica aislada.

A partir de los resultados, se destaca la necesidad de adoptar un enfoque interseccional y sociopolítico, que reconozca la complejidad de los contextos sociales y promueva modelos de atención basados en la justicia social. Asimismo, se requiere la implementación de estrategias e intervenciones viables y costo-efectivas, orientadas a fortalecer los sistemas de salud mental y reducir las desigualdades en el acceso y la atención.

En comparación con el marco normativo establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2013) y los resultados obtenidos en este estudio, se evidencian brechas significativas en su cumplimiento, lo que sugiere la necesidad de una reestructuración integral del sistema de salud mental. En este sentido, resulta imprescindible el desarrollo e implementación de políticas públicas efectivas, acompañadas de indicadores de monitoreo y evaluación que garanticen el cumplimiento de lo establecido.

Los determinantes sociales, como la pobreza, el desempleo y la violencia, configuran brechas territoriales significativas en el acceso a servicios de salud mental bajo el MAIS-FCI. Estas se reflejan en indicadores críticos, como la limitada disponibilidad de especialistas, los prolongados tiempos de espera y la alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en poblaciones vulnerables, particularmente en zonas rurales y fronterizas. Frente a este escenario, se hace necesario fortalecer las capacidades del primer nivel de atención mediante herramientas como el mhGAP, así como impulsar redes comunitarias intersectoriales, reducir el estigma y promover inversiones orientadas a la equidad territorial, articulando acciones entre el sector salud, educación y políticas sociales.

La evidencia presentada a partir de la revisión bibliográfica resulta consistente en señalar múltiples limitaciones estructurales del sistema ecuatoriano, entre las que destacan la fragmentación en el acceso a servicios especializados, el déficit crítico de profesionales de salud mental en el primer nivel, las persistentes barreras geográficas en zonas rurales y fronterizas y el estigma asociado a la salud mental, presente tanto en la sociedad como en los propios equipos de salud. Estos factores configuran un escenario en el cual la integración de los servicios propuesta por el MAIS-FCI no se materializa plenamente en la práctica.

Frente a esta evidencia, se pone de manifiesto una deuda pendiente en materia de salud mental comunitaria dentro de las políticas públicas. Para avanzar hacia su superación, es fundamental fortalecer la intersectorialidad, mediante la construcción de mecanismos efectivos de articulación entre los sectores de salud, educación, desarrollo social y justicia, de modo que las intervenciones actúen directamente sobre los determinantes sociales del malestar psicosocial.

En segundo lugar, se requiere priorizar la inversión estatal en talento humano, no solo incrementando el número de especialistas, sino también fortaleciendo las competencias de los equipos de atención primaria en abordajes psicosociales y comunitarios. En este contexto, iniciativas como el programa mhGAP de la Organización Mundial de la Salud representan una oportunidad estratégica, cuya implementación en Ecuador aún no ha sido plenamente aprovechada.

Finalmente, es imprescindible fortalecer las redes comunitarias de apoyo, reconociendo a los usuarios, familias y líderes locales como actores activos en los procesos de cuidado y no únicamente como receptores de servicios. Este enfoque permite avanzar hacia un modelo de atención más participativo, equitativo y centrado en las necesidades reales de la población, consolidando así la integración efectiva de la salud mental en el primer nivel de atención.

## Referencias

- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*, 20(95), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- American Psychiatric Association. (s. f.). Social determinants of mental health: Economic stability. *American Psychiatric Association*. <https://n9.cl/b8zq6>
- Báscolo, E., Vance, C., Leys, M., & Coitiño, A. (2024). Social participation in health: analysis of progress and challenges for the Region of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e70. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.70>
- Burgess, R. (2023). The struggle for the social: Rejecting the false separation of 'social' worlds in mental health spaces. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59, 409–416. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-023-02510-3>
- Dialoguemos. (2024, 27 de marzo). Estudio revela que el 74% de migrantes enfrenta estrés, ansiedad y depresión. *Dialoguemos*. <https://dialoguemos.ec/2024/03/estudio-revela-que-el-74-de-migrantes-enfrenta-estres-ansiedad-y-depresion>
- Dos Santos Treichel, C., Bakolis, I., & Onocko-Campos, R. (2021). Determinants of timely access to specialized mental health services and maintenance of a link with primary care: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00507-6>
- Edbrooke-Childs, J., & Deighton, J. (2020). Problem severity and waiting times for young people accessing mental health services. *BJPsych Open*, 6(6), e118. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.103>
- Greene, M., Wimer, G., Larrea, M., Mejia, I., Armijos, A., Angulo, A., Guevara, M., Vega, C., Heard, E., Demis, L., ... Tol, W. (2024). Strategies to improve the implementation and effectiveness of community-based psychosocial support interventions for displaced, migrant and host community women in Latin America. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 11, e32. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.29>
- Guédez, A., Chisaguano, L., Lucero, P., Agualongo, J., Verdezoto, M., Vargas, M., Toscano, S., Naranjo, S., & Loaiza, M. (2023). *Salud mental en contextos interculturales del Ecuador: Una perspectiva psicoterapéutica (1. ed.)*. Instituto de Investigaciones Transdisciplinarias Ecuador – BINARIO. <https://n9.cl/y mk2s>

- Hajizadeh, A., Amini, H., Heydari, M., & Rajabi, F. (2024). How to combat stigma surrounding mental health disorders: A scoping review of the experiences of different stakeholders. *BMC Psychiatry*, 24(1), 782. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06220-1>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1. ed.). McGraw-Hill Education. <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
- Kavanagh, B., Corney, K., Beks, H., Williams, L., Quirk, S., & Versace, V. (2023). A scoping review of the barriers and facilitators to accessing and utilising mental health services across regional, rural, and remote Australia. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10034-4>
- Kirkbride, J., Anglin, D., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Machuca, C., & Pérez, J. (2023). Causas y consecuencias de la desigualdad de género en salud mental. Una revisión bibliográfica. *Hygia de Enfermería*, 40(3), 116–122. <https://n9.cl/uhi174>
- Marrone, J., & Swarbrick, M. (2020). Long-term unemployment: A social determinant underaddressed within community behavioral health programs. *Psychiatric Services*, 71(7), 745–748. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900522>
- Meneses, A., Galárraga, A., Poenitz, A., & Jodar, M. (2024). Mental health and quality of life in Ecuadorian women exposed to gender-based violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 39(21-22), 4285–4306. <https://doi.org/10.1177/08862605241234357>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2024). *Política nacional de salud mental 2024-2030*. Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas-MSP. <https://n9.cl/qx1e8u>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2013). *Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.
- Moreno-Zambrano, D., Wong-Ayoub, J., Arevalo-Mora, M., Andrés-Suárez, I., Santana, D., Meza-Venegas, J., Urquizo-Rodríguez, E., Jimenez-Zambrano, J., & Garcia-Santibanez, R. (2023). Number of neurologists and neurology training programs available in the public health system of Ecuador: Analysis and recommendations. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 32(2), 55–60. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol32200055>
- Moroz, N., Moroz, I., & D'Angelo, M. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 282–287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
- Narváez, D. (2025). *Salud mental en las comunidades rurales del Ecuador* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/15237>
- Ochnik, D., Buława, B., Nagel, P., Gachowski, M., & Budziński, M. (2024). Urbanization, loneliness and mental health model - A cross-sectional network analysis with a representative sample. *Scientific Reports*, 14(1), 24974. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-76813-z>

- Oliveros, B., Agulló-Tomás, E., & Márquez-Álvarez, L. (2022). Risk and protective factors of mental health conditions: Impact of employment, deprivation and social relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6781. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116781>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Barreras de acceso a servicios de salud y percepciones sobre vacunación en población vulnerable en zonas fronterizas de Tacna*. <https://n9.cl/4ylvm>
- Pérez-Jorge, D., González-Luis, M., Rodríguez-Jiménez, M., & Ariño-Mateo, E. (2021). Educational programs for the promotion of health at school: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10818. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010818>
- Rameez, S., & Nasir, A. (2023). Barriers to mental health treatment in primary care practice in low- and middle-income countries in a post-COVID era: A systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(8). [https://doi.org/10.4103/jfmjpc.jfmjpc\\_391\\_22](https://doi.org/10.4103/jfmjpc.jfmjpc_391_22)
- Reyes, V., & Santos, E. (2024). Impacto de la movilidad humana en la salud mental de jóvenes venezolanos reubicados en Ecuador. *Revista PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 3(Edición Especial), e6727. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/psicologia/article/view/6727>
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522). <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Salazar, F., Manterola, C., Quiroz, S., García, N., Otzen, H., Mora, V., & Duque, P. (2019). Estudios de cohortes. 1a parte. Descripción, metodología y aplicaciones. *Revista de Cirugía*, 71(5). <https://doi.org/10.35687/s2452-45492019005431>
- Sterud, T., Lunde, L., Berg, R., Proper, K., & Aanesen, F. (2025). Mental health effects of unemployment and re-employment: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 82(7). <https://doi.org/10.1136/oemed-2025-110194>
- Thomson, R., Kopasker, D., Leyland, A., Pearce, A., & Katikireddi, S. (2023). Effects of poverty on mental health in the UK working-age population: Causal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *International Journal of Epidemiology*, 52(2), 512–522. <https://doi.org/10.1093/ije/dyac226>
- Wong-Ayoub, J., San Andrés-Suárez, I., Santana, D., Meza-Venegas, J., Urquizo-Rodríguez, E., Arévalo-Mora, M., Avellán, C., & Moreno-Zambrano, D. (2022). Psychiatrists available in the Ecuadorian public health system and psychiatry residency programs in Ecuador – A cross-sectional analysis. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(2), 59–64. <https://doi.org/10.46997/REVECUATNEUROL31200059>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. <https://iris.who.int/handle/10665/345301>
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

---

World Vision Ecuador. (2024, 20 de marzo). Estudio nacional revela impacto de la salud mental en migrantes en Ecuador. *World Vision Ecuador*. <https://n9.cl/cwvi3>

Yousefi Nooraie, R., Naghibi, D., Hernández-Torres, R., & Cupertino, P. (2025). A social network lens to community health worker influence and impact. *Journal of Primary Care & Community Health*, 16, 21501319241306706. <https://doi.org/10.1177/21501319241306706>

## Transparencia

### Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés de naturaleza alguna como parte de la presente investigación.

### Fuente de financiamiento

Los autores financiaron completamente la investigación.

### Contribución de autoría

Gilson Fabricio Bolaños Artos: Conceptualización, software, validación, análisis formal, investigación, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos, supervisión.

Brayan Raúl Montenegro Cuaran: Conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos, supervisión

Alexandra Belén Sánchez Coyago: Conceptualización, validación, análisis formal, investigación, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos, supervisión.

Paola Mishel Valverde Yacelga: Conceptualización, validación, análisis formal, investigación, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, administración del proyecto, recursos, supervisión.

Carlos Andrés Escobar Baldeón: Conceptualización, validación, análisis formal, investigación, visualización, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Los autores contribuyeron activamente en el análisis de los resultados, revisión y aprobación del manuscrito final.