Ciencia y Educación
(L-ISSN: 2790-8402 E-ISSN: 2707-3378)
Vol. 7 No. 12.1
Edición Especial XII 2026

BARRERAS SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICAS PARA EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ADULTOS DE AMÉRICA LATINA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

SOCIO-CULTURAL AND ECONOMIC BARRIERS TO ACCESSING MENTAL HEALTH SERVICES IN PRIMARY CARE AMONG ADULTS IN LATIN AMERICA: A SYSTEMATIC REVIEW

Autores: [1]David Fernando Yumbay Taris y [2]Roberto Iván Acosta Gavilánez.
[1]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0009-1253-6463
[2]ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-8162-7600
[1]E-mail de contacto: dyumbay4514@uta.edu.ec
[2]E-mail de contacto: ri.acostg@uta.edu.ec
Afiliación: [1*2*]Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).
Artículo recibido: 21 de Octubre del 2026
Artículo revisado: 31 de Octubre del 2026
Artículo aprobado: 9 de Noviembre del 2026
[1]Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).
[2]Médico Cirujano, egresado de la Universidad Regional Autónoma de los Andes, (Ecuador). Con 10 años de experiencia laboral. Magíster en Gerencia de Instituciones de Salud, egresado de la Universidad de las Américas, (Ecuador). Magíster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona, egresado de la Universidad Internacional de Valencia, (España). Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, egresado de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).

Resumen

El objetivo fue analizar la evidencia científica disponible sobre las barreras socioculturales y económicas que afectan el acceso a servicios de salud mental en atención primaria en adultos de América Latina. La presente es una revisión sistemática con PRISMA 2020, con búsqueda en PubMed, SciELO y ScienceDirect, en estudios publicados entre 2016 y 2026 en español, inglés o portugués. De 1214 registros identificados se incluyeron 15 estudios tras el cribado y la lectura a texto completo, y su calidad se valoró con la lista CASPe para los cualitativos, la escala Newcastle-Ottawa adaptada para los transversales y la lista del Joanna Briggs Institute para las revisiones. El estigma, en sus formas social y de autoestigma, fue la barrera sociocultural más reportada (11 de 15 estudios), seguida de las creencias culturales y religiosas (4 estudios). Entre las barreras económicas del usuario figuraron los costos de transporte y alojamiento (2 estudios) y la desigualdad de ingresos en el acceso, documentada a escala poblacional en 4 países; en el sistema de salud predominaron la débil coordinación entre niveles de atención (8 estudios), la escasa capacitación del personal del primer nivel (7 estudios) y el financiamiento público insuficiente (3 estudios) como barreras del sistema de salud. En conclusión, las barreras socioculturales y económicas se refuerzan entre sí en contextos de desigualdad regional, por lo que su abordaje requiere estrategias articuladas entre los niveles clínico, administrativo y comunitario, en lugar de intervenciones dirigidas a un único tipo de obstáculo.

Palabras clave: Servicios de salud mental, Atención primaria de salud, Accesibilidad a los servicios de salud, Factores socioeconómicos, América latina.

Abstract

The aim was to analyse the available scientific evidence on the sociocultural and economic barriers affecting access to mental health services in primary care for adults in Latin America. This is a systematic review conducted in accordance with PRISMA 2020, involving a search of PubMed, SciELO and ScienceDirect for studies published between 2016 and 2026 in Spanish, English or Portuguese. Of the 1,214 records identified, 15 studies were included following screening and full-text review; their quality was assessed using the CASPe checklist for qualitative studies, the adapted Newcastle-Ottawa scale for cross-sectional studies, and the Joanna Briggs Institute checklist for systematic reviews. Stigma, in its social and

self-stigma forms, was the most frequently reported sociocultural barrier (11 out of 15 studies), followed by cultural and religious beliefs (4 studies). Economic barriers faced by users included transport and accommodation costs (2 studies) and income inequality in access, documented at population level in 4 countries; within the health system, the predominant barriers were poor coordination between levels of care (8 studies), inadequate training of primary-care staff (7 studies) and insufficient public funding (3 studies). In conclusion, sociocultural and economic barriers reinforce one another in contexts of regional inequality; therefore, addressing them requires coordinated strategies across the clinical, administrative and community levels, rather than interventions targeting a single type of obstacle.
Keywords: Mental health services, Primary health care, Access to health services, Socioeconomic factors, Latin america.

Sumário

O O objetivo foi analisar as evidências científicas disponíveis sobre as barreiras socioculturais e econômicas que afetam o acesso aos serviços de saúde mental na atenção primária para adultos na América Latina. A presente é uma revisão sistemática realizada de acordo com o PRISMA 2020, com pesquisa nas bases de dados PubMed, SciELO e ScienceDirect, em estudos publicados entre 2016 e 2026 em espanhol, inglês ou português. Dos 1.214 registros identificados, foram incluídos 15 estudos após a triagem e a leitura do texto completo, e sua qualidade foi avaliada com a lista CASPe para os estudos qualitativos, a escala Newcastle-Ottawa adaptada para os estudos transversais e a lista do Joanna Briggs Institute para as revisões. O estigma, em suas formas social e de autoestigma, foi a barreira sociocultural mais relatada (11 dos 15 estudos), seguida pelas crenças culturais e religiosas (4 estudos). Entre as barreiras econômicas enfrentadas pelos usuários, destacaram-se os custos de transporte e hospedagem (2 estudos) e a desigualdade de renda no acesso, documentada em nível populacional em 4 países; no sistema de saúde, predominaram a fraca coordenação entre os níveis de atendimento (8 estudos), a escassa capacitação da equipe do primeiro nível (7 estudos) e o financiamento público insuficiente (3 estudos) como barreiras do sistema de saúde. Em conclusão, as barreiras socioculturais e econômicas se reforçam mutuamente em contextos de desigualdade regional; por isso, sua abordagem requer estratégias articuladas entre os níveis clínico, administrativo e comunitário, em vez de intervenções direcionadas a um único tipo de obstáculo.
Palavras-chave: Serviços de saúde mental, Atenção primária à saúde, Acessibilidade aos serviços de saúde, Fatores socioeconômicos, América latina.

Introducción

Las barreras socioculturales y económicas se conciben como los obstáculos que se interponen entre la persona y el servicio de salud, ya que limitan su capacidad real de buscar, alcanzar y sostener una atención adecuada, y combinan las limitaciones de la oferta de servicios con elementos simbólicos del entorno cultural, entre ellos el estigma comunitario y el desconocimiento sobre los trastornos mentales (Van den Broek et al., 2023). En el campo específico de la salud mental, la Organización Panamericana de la Salud señala que, pese a que los trastornos mentales representan 34% de la discapacidad en la Región de las Américas, el financiamiento sigue siendo insuficiente frente a esa carga, lo que limita tanto el primer contacto con el sistema como la continuidad del tratamiento (Pan American Health Organization [PAHO], 2018).

El acceso a servicios de salud mental en atención primaria en la población adulta latinoamericana se entiende como la posibilidad efectiva de recibir promoción, detección oportuna y tratamiento de los trastornos mentales dentro del primer nivel del sistema

sanitario, sin depender de la derivación hacia servicios especializados (Paniagua et al., 2025). Sin embargo, esta noción de acceso continúa chocando con la escasez de personal capacitado, la fragmentación administrativa y la débil integración de la salud mental dentro de las funciones cotidianas del equipo de primer nivel, situación documentada en países de ingresos medios como Irán (Salehi et al., 2025).

Para efectos de esta revisión, se entiende por barreras socioculturales y económicas el conjunto de condicionantes estructurales y simbólicos que, al actuar de manera simultánea, restringen la utilización oportuna de los servicios del primer nivel y afectan de forma desigual a quienes enfrentan mayor vulnerabilidad social. Estos obstáculos no operan de forma aislada, sino que se potencian en contextos marcados por la desigualdad y la pobreza, determinantes sociales que aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y que condicionan el financiamiento y la adaptación sociocultural de los programas de salud mental en la región (Leiva et al., 2021).

A nivel mundial, la evidencia recopilada en países de ingresos bajos y medios indica que las barreras para buscar ayuda en salud mental combinan elementos de oferta y de demanda, entre ellos el desconocimiento sobre los trastornos, el temor al estigma comunitario y la limitada disponibilidad de programas de detección temprana (Van den Broek et al., 2023). Un estudio cualitativo realizado en la provincia de Hormozgan, en Irán, coincide con este panorama, ya que identificó la escasa capacitación del personal de atención primaria y la debilidad de los sistemas de referencia como los principales obstáculos para integrar la salud mental dentro de la consulta general (Salehi et al., 2025).

De modo complementario, una revisión centrada en la movilización del conocimiento en países de ingresos bajos y medios de África, Asia y otras regiones señala que la falta de recursos logísticos, el bajo nivel de alfabetización sanitaria y la ausencia de formación específica limitan la traducción de la evidencia en prácticas concretas dentro de la atención primaria (Faija et al., 2025). En este mismo sentido, los sistemas de salud con recursos limitados enfrentan dificultades administrativas que reducen la capacidad resolutiva de los equipos de primer nivel frente a los trastornos mentales más prevalentes (Salehi et al., 2025).

En el ámbito latinoamericano, la pobreza y la desigualdad social se han descrito como determinantes centrales de la salud mental de la población, ya que aumentan el riesgo de trastornos mentales y plantean desafíos de financiamiento y de adaptación sociocultural a las políticas y programas de atención (Leiva et al., 2021). A ello se suma que la brecha de tratamiento para los trastornos mentales supera el 77,9% en América Latina y el Caribe, lo que refleja la debilidad institucional para financiar y regular los servicios en la región (Pan American Health Organization [PAHO], 2018).

Además, la revisión de dieciocho programas implementados en países como Belice, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú muestra que, aunque existen modelos de atención integrada para los trastornos mentales comunes en el primer nivel, su adopción sigue siendo heterogénea y poco sistemática dentro de la región (Paniagua et al., 2025). Asimismo, las zonas rurales de América Latina enfrentan dificultades adicionales de acceso por los costos de transporte y la distancia hacia los centros de atención.

En el contexto ecuatoriano, el análisis de la política pública de salud mental implementada entre 2019 y 2024 revela que la gestión estatal ha priorizado la atención física por encima del bienestar emocional, lo que ha derivado en una asignación limitada de recursos y en la persistencia de vacíos normativos dentro del primer nivel de atención (Garzón, 2025). Esta situación se agrava por la distribución desigual del talento humano en salud, ya que buena parte de los médicos de servicio rural evita permanecer en las zonas de mayor necesidad, lo cual debilita la continuidad de los programas comunitarios (Romero et al., 2023).

En cuanto a las brechas territoriales, el sistema público de salud de Ecuador cuenta con 138 psiquiatras, concentrados en Pichincha (n=51) y Guayas (n=27), y tres provincias carecen de ellos (Wong et al., 2022). Las mujeres ecuatorianas expuestas a violencia de género presentan menor calidad de vida y bienestar psicológico (Meneses et al., 2024), lo que incrementa su necesidad de atención; sin embargo, no se dispone de datos sobre su acceso en el primer nivel.

En Ecuador, un estudio realizado en comunidades rurales de la provincia de Loja documentó barreras financieras, estructurales y cognitivas para el acceso a la atención de salud (Brusnahan et al., 2022), que podrían condicionar también el acceso a los servicios de salud mental. Este panorama se agravó con la pandemia, ya que la pobreza por ingresos pasó de 23,9% en 2019 a 32,4% en 2020, la consulta externa se suspendió en los establecimientos de salud y un tamizaje a personas con sospecha o confirmación de COVID-19 (n=759) registró 20,3% de síntomas depresivos moderados a graves y 22,5% de síntomas de ansiedad moderados a graves (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

Desde este enfoque, la problemática se traduce en una brecha entre la necesidad percibida de atención y la respuesta real de los establecimientos de salud, ya que el sector público registra un déficit de profesionales de salud mental, sobre todo de psiquiatría, y los psicólogos que rotan entre centros de primer nivel mantienen poca relación con los médicos generales, lo que impide ofrecer una respuesta oportuna dentro de la consulta cotidiana. Además, 18 de 20 informantes clave (90%), entre usuarios y familiares, no conocían servicios de salud mental cercanos a su domicilio, situación que puede retrasar la búsqueda de atención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

La presente investigación se justifica porque, pese al reconocimiento normativo de la salud mental como componente de la atención primaria en Ecuador, la implementación de dicho enfoque continúa siendo desigual e insuficiente frente a las necesidades de la población adulta, pues el Plan Nacional Estratégico de Salud Mental 2014-2017 no fue evaluado hasta 2022, solo 22,9% de las unidades del primer nivel cuenta con servicio ambulatorio de salud mental y el presupuesto de inversión en el área representó 0,06% del total asignado a salud en 2019, frente a una mediana regional de 2% (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022). Sistematizar estas barreras permitirá orientar la gestión de establecimientos de primer nivel con recursos limitados, como los de Ecuador, donde la concentración de psiquiatras en pocas provincias exige evidencia que respalde las decisiones (Wong et al., 2022).

El estudio se plantea, además, para aportar información aplicable a la gestión, de manera que el personal de salud cuente con evidencia sistematizada sobre los obstáculos más frecuentes que enfrentan los usuarios adultos al

intentar acceder a la atención psicológica o psiquiátrica dentro del primer nivel, entre ellos las dificultades económicas, la distancia geográfica y las barreras estructurales descritas en zonas rurales ecuatorianas (Brusnahan et al., 2022) y el desconocimiento de los servicios cercanos al domicilio (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022). Esta información sirve a los establecimientos con recursos limitados, donde las decisiones sobre capacitación del personal y organización de la consulta dependen en gran medida de un diagnóstico certero de las barreras existentes (Salehi et al., 2025).

Entre los beneficios esperados se encuentra la posibilidad de orientar estrategias de captación temprana y de reducción del estigma en la comunidad, con base en los componentes que han mostrado resultados favorables en otros programas de atención integrada de la región latinoamericana (Paniagua et al., 2025). De este modo, los establecimientos de primer nivel podrían fortalecer sus procesos de referencia y contrarreferencia, y contribuir al cierre progresivo de la brecha entre la política nacional de salud mental y su aplicación en el territorio (Garzón, 2025).

Por último, la importancia de este trabajo radica en que visibiliza una realidad que suele quedar oculta detrás de las cifras nacionales, ya que las barreras socioculturales y económicas se viven de manera particular en cada comunidad y en cada usuario que acude a los centros de salud en busca de atención. Comprender estas particularidades permitirá que las futuras intervenciones en salud mental respondan a las condiciones reales de la población adulta de la región.

El objetivo del estudio es analizar la evidencia científica disponible sobre las barreras socioculturales y económicas que afectan el acceso a servicios de salud mental en atención primaria en adultos de América Latina. De manera específica, se busca identificar las principales barreras socioculturales y económicas reportadas en la literatura científica entre 2016 y 2026, y describir las características de los estudios incluidos según su diseño metodológico, población, contexto y tipo de determinantes evaluados.

Materiales y Métodos

La presente investigación correspondió a una revisión sistemática de la literatura científica sobre las barreras socioculturales y económicas para el acceso a servicios de salud mental en atención primaria en adultos de América Latina, que incluyó estudios cuantitativos, cualitativos y revisiones de la literatura. El proceso se ajustó a las directrices de la declaración PRISMA 2020, que establece los estándares para el reporte de revisiones sistemáticas y permite documentar de forma transparente las fases de identificación, cribado e inclusión de los estudios (Page et al., 2021). El protocolo de esta revisión no fue registrado previamente en una plataforma como PROSPERO. Para la recolección de la evidencia se consultaron tres bases de datos: PubMed, SciELO y ScienceDirect. Se incluyeron publicaciones comprendidas entre el 1 de enero de 2016 y el 28 de agosto de 2026, en español, inglés o portugués. La última búsqueda en las tres bases se realizó el 28 de agosto de 2026.

La estrategia de búsqueda combinó los términos “mental health”, “primary care” o “primary health care”, “access” o “barriers”, “stigma”, “cultural”, “economic” o “socioeconomic”, y los nombres de los países de América Latina, unidos con los operadores booleanos AND y OR, adaptados a la sintaxis de cada base. La ecuación se adaptó a la sintaxis de cada base de

datos, combinando los mismos descriptores en texto libre en título, resumen y palabras clave. Las ecuaciones completas, los filtros aplicados y el número de registros por base se presentan en el Anexo 1. Esta estrategia recuperó 183 registros en PubMed, 8 en SciELO y 1023 en ScienceDirect (n=1214).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios cuantitativos (transversales y de cohortes), cualitativos y mixtos, así como revisiones de la literatura, realizados en población adulta de países de América Latina y estudios poblacionales sobre el primer contacto con el sistema de salud, que analizaran la atención primaria o su articulación con los servicios especializados de salud mental y examinaran al menos uno de los siguientes grupos de factores: económicos (ingresos, gasto de bolsillo, costos de transporte o de atención), socioculturales (estigma, creencias, idioma, nivel educativo) o del sistema de salud que condicionan el acceso (coordinación entre niveles, disponibilidad y capacitación del personal, financiamiento), publicados entre 2016 y 2026 en español, inglés o portugués. En el caso de las revisiones, se exigió que incluyeran estudios realizados en países de América Latina.

Se excluyeron los estudios de caso único, los trabajos con metodología no descrita con claridad, las tesis de grado no publicadas en revistas indexadas, los resúmenes de congreso, las editoriales y cartas al director, las investigaciones realizadas exclusivamente en poblaciones pediátricas, adolescentes o adultos mayores (se admitieron estudios con rangos de edad mixtos cuando la población fue mayoritariamente adulta), los estudios centrados en la atención hospitalaria de tercer nivel o en servicios de salud mental sin desglose de la atención primaria, los que abordaron la telemedicina en general sin análisis específico de salud mental y los que no desglosaron los factores económicos, socioculturales o del sistema de salud de forma analítica.

Los registros se exportaron a Mendeley, se eliminaron los duplicados y se realizó el cribado por título y resumen, seguido de la lectura a texto completo, aplicando los criterios de elegibilidad descritos (Figura 1). El cribado por título y resumen, la lectura a texto completo, la extracción de los datos y la valoración de la calidad metodológica fueron realizados por un único autor, sin un segundo revisor independiente. La extracción de la información se realizó con una matriz de datos diseñada para tabular el país de origen, el diseño y el tipo de estudio, la población y el tamaño de la muestra, el contexto de atención primaria, el tipo de barrera y la barrera específica, el resultado de acceso, los resultados principales, las limitaciones declaradas y la calidad metodológica de cada investigación.

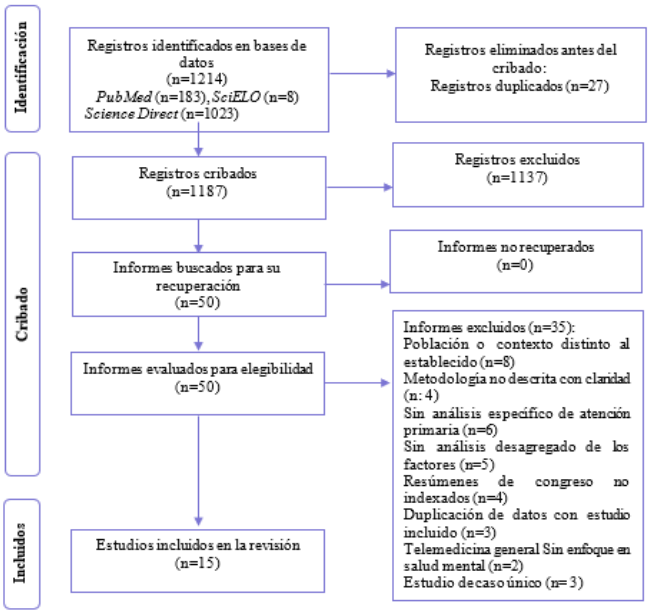
Se realizó una síntesis temática; las barreras extraídas se clasificaron en tres categorías definidas a priori: socioculturales (estigma, creencias, alfabetización en salud), económicas del usuario (ingresos, gasto de bolsillo, costos de transporte) y del sistema de salud (financiamiento, coordinación entre niveles, disponibilidad y capacitación del personal). Se registró el número de estudios que reportaron cada barrera. La calidad metodológica de los estudios incluidos se valoró con herramientas validadas según el diseño de cada uno: la lista de verificación del Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe) para los estudios cualitativos (Gómez, C., et al., 2021), la escala Newcastle-Ottawa adaptada para los estudios transversales (Herzog, R., et al.,2021), y la lista de verificación del Joanna Briggs Institute para las revisiones (Houghton, N., et al., 2020). Las

puntuaciones se homologaron en tres categorías (alta, moderada y baja) según el porcentaje de ítems cumplidos. Ningún estudio se excluyó por su calidad, pero los resultados procedentes de estudios de calidad baja se interpretaron con cautela.

Los 1214 registros identificados se exportaron a Mendeley, donde se eliminaron 27 duplicados y quedaron 1187 registros para el cribado por título y resumen. En esta etapa se excluyeron 1137 registros por no cumplir los criterios poblacionales o temáticos, de modo que 50 informes pasaron a la evaluación a texto completo, todos ellos recuperados.

Tras la lectura a texto completo se excluyeron 35 informes, distribuidos entre población o contexto distinto al establecido en 8 casos, metodología no descrita con claridad en 4, ausencia de análisis específico de la atención primaria en 6, falta de análisis desagregado de los factores económicos, socioculturales o del sistema de salud en 5, tesis de grado o resúmenes de congreso no indexados en 4, duplicación de datos con otro estudio ya incluido en 3, telemedicina general sin análisis específico de salud mental en 2 y estudio de caso único en 3. De este modo, 15 estudios quedaron incorporados en la síntesis cualitativa de la revisión (Figura 1).

Figura 1: *Diagrama de flujo PRISMA 2020*



Fuente: *Elaboración propia*

Resultados

La búsqueda identificó 15 estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad, procedentes de Brasil (n=7), Colombia (n=4), México (n=2), Perú (n=1) y un estudio multinacional (Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú). Los diseños comprendieron 10 estudios cualitativos, 2 revisiones de la literatura y 3 estudios transversales, lo que permitió abordar las barreras desde la experiencia de los usuarios, la mirada de los profesionales y gestores, y los datos poblacionales de encuestas representativas (Tabla 1).

Tabla 1. *Características y principales resultados de los estudios incluidos*

Autor/año	Diseño/ Tipo de estudio	Población	Tamaño de la muestra	Contexto APS	Tipo de barrera	Barrera específica	Resultado de acceso	Resultados de la extracción de información	Limitaciones	Calidad metodológica
Alarcón Garavito et al., 2023	Revisión sistemática con marco CFIR adaptado/ Mixto.	Adultos con trastornos mentales o por uso de sustancias.	12 estudios incluidos.	7 de 12 estudios en servicios de primer y segundo nivel.	Sistema de salud, económica y sociocultural.	Falta de coordinación entre aseguradoras y prestadores, alta carga laboral, bajo financiamiento público, estigma y cultura del "machismo".	Uso de servicios, continuidad y abandono del tratamiento.	Principales barreras: falta de coordinación, alta carga laboral y bajo financiamiento; facilitadores: uso de protocolos y participación de comunidades y actores externos.	Sin segundo revisor en extracción de datos, ausencia de literatura gris.	JBI: 7/11 (moderada).

Bartels et al., 2021	Cualitativo / Grupos focales y entrevistas.	Pacientes, proveedores, administradores y comunidad.	16 grupos focales y 4 entrevistas, 108 participantes.	Cinco centros de atención primaria, urbanos y rurales.	Sociocultural, económica y de sistema de salud.	Estigma, autoestigma, costos de transporte y alojamiento, falta de entrenamiento, débil coordinación.	Ocultamiento de síntomas, abandono del tratamiento, en zonas rurales.	Barreras organizadas en niveles de paciente, proveedor, organización y estructura; facilitadores: redes de apoyo, guías clínicas nacionales.	Autoselección de participantes, reclutamiento en instituciones comprometidas con el proyecto.	CASPe: 7/10 (moderada).
Gómez-Restrepo et al., 2021.	Cualitativo/ Entrevistas y grupos focales.	Profesionales, personal administrativo, usuarios.	15 grupos focales y 9 entrevistas, 104 participantes.	Cinco instituciones de atención primaria y secundaria.	Sociocultural.	Baja alfabetización, estigma, falta de entrenamiento profesional, creencias culturales sobre el alcohol.	Retraso o ausencia de reconocimiento de la enfermedad	Baja educación y estigma explican el retraso en depresión; la cultura predomina en el consumo de alcohol.	Resultados concentrados en una región, sesgo de deseabilidad social.	CASPe: 7/10 (moderada).
dos Santos Treichel et al., 2021	Transversal/ Encuesta con regresión de Poisson.	Usuarios de servicios de salud mental especializada.	341 usuarios.	Servicios ambulatorios articulados con atención primaria.	Sistema de salud.	Vía de referencia, tiempo de espera, visitas de Agentes Comunitarios de Salud.	Acceso oportuno y mantenimiento del vínculo.	La referencia se asoció de forma inversa con el acceso oportuno, pero de forma positiva con el vínculo.	Diseño transversal, sesgo de memoria, muestra restringida.	Newcastle-Ottawa adaptada: 6/10 (moderada).
Jassir Acosta et al., 2021	Cualitativo / Análisis secundario de entrevistas.	Pacientes, médicos, personal administrativo.	18 actores, 24 entrevistas.	Centros urbanos y rurales.	Sociocultural.	Estigma social y estético, vergüenza, machismo y consumo de alcohol.	Rechazo de la atención, mejora tras implementación del modelo.	Todos los actores percibieron estigma; la implementación del modelo lo redujo.	Codificación por un único investigador, muestra por conveniencia	CASPe: 7/10 (moderada).
Bobbili et al., 2022	Cualitativo / Escaneos ambientales y consulta a actores.	Profesionales, usuarios, familiares.	4 unidades de salud, 88 participantes.	Unidades de Salud de la Familia.	Sociocultural y de sistema de salud.	Estigma, discriminación, falta de personal capacitado, confusión de responsabilidades.	Uso de servicios y continuidad	Integración deficiente, estigma y escasa capacitación favorecen la sobre medicalización.	Entrevistas traducidas del portugués al inglés.	CASPe: 7/10 (moderada).
de Jesus Lima et al., 2021	Transversal / Regresión logística multinomial.	Equipos de Atención Básica.	29 778 equipos.	Atención Básica / Estrategia de Salud de la Familia.	Sistema de salud.	Baja estructuración de la atención primaria, falta de formación, personal no preparado.	Calidad de la atención (proxy de acceso).	Mayor estructuración se asocia con mayor calidad; desigualdades regionales.	Adhesión voluntaria puede sobrestimar resultados.	Newcastle-Ottawa adaptada: 7/10 (moderada).
Souza Akahosi Fernandes et al., 2018	Revisión integrativa / Análisis cualitativo de 19 estudios.	Profesionales, pacientes y familiares.	19 artículos incluidos.	Atención Básica.	Sistema de salud y sociocultural.	Falta de formación, modelo biomédico excluyente, débil red de apoyo.	Continuidad y calidad de la atención.	El modelo biomédico predomina sobre el cuidado territorial e integral.	Una sola base de datos, artículos de 2010-2015.	JBI: 4/11 (baja).
Garcia et al., 2020	Cualitativo / Grupos focales.	Profesionales de atención primaria.	121 profesionales, 22 grupos focales.	20 municipios de Paraná.	Sistema de salud y sociocultural.	Estigma, desconocimiento de la política, escasez de personal.	Acciones puntuales, predominio de la derivación.	Reconocen demandas, pero desarrollan acciones ocasionales.	No se sistematizaron experiencias exitosas.	CASPe: 9/10 (alta).
Barros et al., 2019	Cualitativo / Entrevistas, análisis ALCESTE.	Profesionales de la Estrategia Salud de la Familia.	99 profesionales.	Cuatro Unidades Básicas, São Paulo.	Sociocultural y sistema de salud.	Estigma, modelo biologicista, escasa educación permanente.	Continuidad comprometida por derivaciones fragmentadas.	Coexisten modelo psicosocial y biomédico.	Una única región, sin usuarios ni familiares.	CASPe: 8/10 (alta).
Souza, Amarante y Abrahão, 2019	Cualitativo / Entrevistas a gestores.	Gestores de salud mental y atención primaria.	28 gestores.	13 Caps y Unidades Básicas, Río de Janeiro.	Sistema de salud y sociocultural.	Estigma histórico, capacitación insuficiente, financiamiento limitado.	Ampliación del acceso mediante apoyo matricial.	El apoyo matricial potencia el acceso pese al estigma histórico.	Solo perspectiva de gestores.	CASPe: 8/10 (alta).

Martinez et al., 2017	Cualitativo/ Entrevistas semiestructuradas.	Personal clínico y administrativo.	25 miembros de personal, 19 clínicas.	Clínicas de atención primaria comunitaria, Ciudad de México.	Sistema de salud, sociocultural y económica.	Escasez de personal e insumos, inequidad presupuestaria, estigma, restricciones de horario.	Implementación limitada de servicios de salud mental.	Barreras de servicio, lingüístico-culturales, de características del usuario y de conocimiento.	Solo percepción del personal, sin perspectiva de usuarios.	CASPe: 8/10 (alta).
Galván et al., 2017	Cualitativo / Entrevistas semiestructuradas.	Mujeres usuarias de atención primaria.	20 mujeres, 17 a 79 años.	Centros de atención primaria, zonas marginadas de Ciudad de México.	Sistema de salud, sociocultural y relacionada con el proveedor.	Escasa difusión del servicio, horarios inconvenientes, gasto adicional en transporte, estigma, necesidad de privacidad.	Abandono o no búsqueda de atención pese a malestar emocional.	Tres conjuntos de barreras: sistémicas, de estigma social y relacionadas con el proveedor.	Sin espacio privado para las entrevistas.	CASPe: 7/10 (moderada).
Alvarado et al., 2026	Cualitativo/ Grupos focales y entrevistas, análisis temático reflexivo.	Comunidad, usuarios y profesionales de salud mental.	42 participantes (18 demanda, 24 oferta).	Centros de Atención Primaria y Centros de Salud Mental Comunitaria, Cajamarca.	Sociocultural, económica y de sistema de salud.	Creencias culturales, sanadores tradicionales, estigma, dificultades económicas, escasez y rotación de personal, débil coordinación, distancia.	Retraso en la búsqueda, navegación entre sistemas formal e informal, abandono.	Creencias y estigma retrasan la búsqueda; la débil coordinación traslada la responsabilidad a las familias.	Muestra reducida, sin perspectiva de responsables de política.	CASPe: 8/10 (alta).
Houghton et al., 2020	Transversal/ Encuestas de hogares con índices de desigualdad (SII y RII).	Adultos con un problema de salud.	Entre 6870 y 65 186 individuos por país y año.	Primer contacto con el sistema de salud, incluida la atención en salud mental dentro de la oferta general.	Económica	Desigualdad de ingresos en el acceso, mayor proporción sin atención en los quintiles más bajos.	Personas con problema de salud que no buscaron atención.	Brecha relativa de desigualdad mayor en Colombia (60%), seguida de Paraguay (30%), Perú y El Salvador (20% cada uno); sin atención en 2016: Colombia 25,6%, El Salvador 41,0%, Paraguay 24,7%, Perú 65,9%.	El diseño transversal impide establecer causalidad, comparabilidad limitada entre países.	Newcastle-Ottawa adaptada: 7/10 (moderada).

Fuente: *Elaboración propia. La calidad metodológica se expresó en una clasificación común (alta, moderada o baja) a partir de tres instrumentos según el diseño: lista CASPe para estudios cualitativos (10 ítems), escala Newcastle-Ottawa adaptada para estudios transversales (10 puntos) y lista del Joanna Briggs Institute (JBI) para revisiones (11 ítems). Puntos de corte: alta, ≥80% de los ítems o puntos cumplidos (≥8/10 en CASPe y Newcastle-Ottawa; ≥9/11 en JBI); moderada, de 50% a 79% (5 a 7/10; 6 a 8/11); baja, <50% (≤4/10; ≤5/11).*

Análisis

Brasil concentró 7 de los 15 estudios incluidos, seguido de Colombia con 4, México con 2 y Perú con 1, además de un estudio multinacional que abarcó Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú. Predominaron los estudios cualitativos (n=10), sustentados en entrevistas semiestructuradas y grupos focales, seguidos de 3 estudios transversales y 2 revisiones de la literatura, una sistemática y una integrativa.

Respecto a la población, la mayoría de los estudios incluyó a pacientes o usuarios junto con profesionales de salud, administradores y gestores, lo que permitió captar la barrera desde varios niveles del sistema, aunque 7 se centraron en un solo grupo de actores: usuarios (dos Santos et al., 2021; Galván et al., 2017), equipos de atención básica (De Jesus et al., 2021), profesionales (Garcia et al., 2020; Barros et al., 2019, Martinez et al., 2017) o gestores. Los estudios cualitativos incluyeron entre 18 y

121 participantes; los transversales, entre 341 usuarios y 65 186 individuos por país y año; y las revisiones, entre 12 y 19 estudios. En cuanto al contexto, la mayoría de los estudios se situó de forma explícita en la atención primaria o en su articulación con los servicios especializados de salud mental, mientras que el estudio multinacional abordó el primer contacto con el sistema de salud en general, dentro del cual se enmarca la atención en salud mental. El tipo de barrera combinó con frecuencia los componentes socioculturales, económico y del sistema de salud dentro de un mismo estudio.

Entre las barreras socioculturales, el estigma, en sus formas social y de autoestigma, fue la más reportada, con presencia en 11 de los 15 estudios (Alarcón et al., 2023; Bartels et al., 2021; Gómez et al., 2021; Jassir et al., 2021; Bobbili et al., 2022; Garcia et al., 2020; Barros et al., 2019; Souza, 2019; Martinez et al., 2017; Galván et al., 2017; Alvarado et al., 2026), y se acompañó de creencias culturales y religiosas en 4 (Alarcón et al., 2023; Gómez et al., 2021; Jassir et al., 2021; Alvarado et al., 2026). Entre las barreras económicas que enfrenta directamente el usuario, los costos de transporte y alojamiento se reportaron en 2 estudios (Bartels et al., 2021; Galván et al., 2017); en el nivel del sistema de salud, el financiamiento público insuficiente se describió en 3 estudios (Alarcón Garavito et al., 2023; Souza, Amarante y Abrahão, 2019; Martinez et al., 2017). A escala poblacional, la desigualdad de ingresos en el acceso se documentó en 1 estudio (Houghton et al., 2020). Las barreras del sistema de salud relacionadas con la coordinación entre niveles de atención aparecieron en 8 estudios (Alarcón Garavito et al., 2023; Bartels et al., 2021; Dos Santos et al., 2021; Bobbili et al., 2022; De Jesus et al., 2021; Souza et al., 2018; Souza, Amarante y Abrahão, 2019; Alvarado et al., 2026), y la capacitación insuficiente del personal, en 7 (Bartels et al., 2021; Gómez et al., 2021; Bobbili et al., 2022, De Jesus et al., 2021; Souza Akahosi et al., 2018; Barros et al., 2019; Souza, Amarante y Abrahão, 2019).

En cuanto al resultado de acceso, los estudios describieron retrasos en la búsqueda de ayuda, ocultamiento de síntomas, navegación entre sistemas formales e informales de cuidado, y abandono del tratamiento, patrones que se observaron en distintos contextos urbanos, rurales y andinos, y que sugieren la persistencia de brechas estructurales dentro del primer nivel de atención. Algunos estudios identificaron además facilitadores, entre ellos los protocolos de atención, la participación comunitaria, la implicación familiar y las prácticas culturalmente sensibles.

Discusión

Los resultados de los estudios incluidos permiten contrastar la evidencia recopilada entre sí y con otras publicaciones sobre países de ingresos bajos y medios, lo que revela coincidencias y matices propios de cada sistema sanitario. Gómez et al., 2021, atribuyen a la baja alfabetización en salud y al estigma el retraso en el reconocimiento de la depresión dentro de la atención primaria colombiana, lo que concuerda con la evidencia sobre intervenciones para aumentar la búsqueda de ayuda en países de ingresos bajos y medios, donde el desconocimiento sobre los trastornos y el temor al estigma comunitario se describen como obstáculos frecuentes (van den Broek et al., 2023).

La concordancia entre los estudios revisados sobre el peso del estigma como barrera transversal se observa también en Jassir et al. (2021), quienes identifican un componente social y estético asociado al machismo y al

consumo de alcohol en Colombia, y en Bartels et al. (2021), que distinguen además el autoestigma y el estigma del proveedor. En México, Galván et al. (2017) documentan un patrón similar entre mujeres usuarias de atención primaria, para quienes el temor al juicio familiar y comunitario, junto con la necesidad de proteger la privacidad de los problemas personales, desalienta la búsqueda de atención psicológica.

Sin embargo, Garcia et al. (2020), matizan este panorama al señalar que, además del estigma, el desconocimiento de la política nacional de salud mental entre los profesionales brasileños impide traducir el reconocimiento de las demandas en acciones planificadas, de modo que la barrera actitudinal se combina con una falla de gestión institucional que trasciende la percepción individual del usuario.

En Perú, Alvarado et al. (2026), amplían este componente sociocultural al mostrar que, en comunidades andinas de Cajamarca, las creencias sobre el origen espiritual del malestar y la consulta previa a sanadores tradicionales constituyen la vía de entrada habitual antes del contacto con los servicios formales, mientras que la expectativa de una recuperación rápida desalienta la continuidad del tratamiento. Este hallazgo sugiere que, en contextos rurales con fuerte identidad cultural, la barrera sociocultural no se limita al estigma hacia la enfermedad mental, sino que incluye marcos explicativos alternativos que compiten con el modelo biomédico.

Respecto a los factores del sistema de salud, dos Santos et al. (2021), documentan una asociación inversa entre la referencia desde atención primaria y el acceso oportuno a servicios especializados, aunque dicha referencia favorece el mantenimiento del vínculo, mientras que Bobbili et al. (2022), describen la fragmentación del cuidado en las Unidades de Salud de la Familia brasileñas, atribuida a la confusión en la división de responsabilidades entre niveles de atención. Ambos estudios abordan aspectos distintos de la referencia, el primero su relación con el acceso oportuno y el vínculo y el segundo la fragmentación del cuidado percibida por los actores, y en conjunto muestran que su organización condiciona la continuidad del cuidado, por lo que se requieren protocolos de coordinación, como plantean de Jesus et al. (2021). En Perú, Alvarado et al. (2026), describen un problema similar: la débil coordinación entre los centros de atención primaria y los centros comunitarios de salud mental traslada a los propios usuarios y sus familias la responsabilidad de encontrar el servicio adecuado.

En cuanto a los determinantes económicos y estructurales, Alarcón et al. (2023), identifican como principales barreras del sistema de salud el bajo financiamiento público, la falta de coordinación entre aseguradoras y prestadores y la alta carga laboral del personal, mientras que el uso de protocolos y la participación de la comunidad actuaron como facilitadores. En el nivel del usuario, Bartels et al. (2021), describen que los costos de transporte y alojamiento agravan el ocultamiento de síntomas y el abandono del tratamiento en las zonas rurales de Colombia, y Galván et al. (2017), reportan que, en México, el gasto adicional de transporte y consulta privada que enfrentan las usuarias cuando el centro de salud carece de psicólogo las lleva a interrumpir el tratamiento. Estas barreras económicas propiamente dichas del usuario resultaron escasas en la evidencia revisada, lo que contrasta con la mayor frecuencia de barreras estructurales y de financiamiento a nivel del sistema.

A escala poblacional, Houghton et al. (2020), en un estudio de cuatro países que sitúa el primer contacto con el sistema de salud dentro del cual se enmarca la atención en salud mental, muestran que la probabilidad de no buscar atención ante un problema de salud es sistemáticamente mayor entre los quintiles de ingreso más bajos, con una brecha relativa de hasta 60% en Colombia, lo que sugiere que la desigualdad económica condiciona el acceso incluso cuando existen reformas orientadas a la cobertura universal.

El componente cultural del modelo asistencial aparece también en los estudios brasileños centrados en el modelo asistencial, ya que Souza et al. (2018), atribuyen la fragmentación del cuidado al predominio del modelo biomédico excluyente sobre las prácticas territoriales, postura que coincide con Barros et al. (2019), quienes describen un enfoque biologicista sostenido por la escasa educación permanente del personal de la Estrategia Salud de la Familia. En un sentido complementario, Souza et al. (2019), sostienen que el apoyo matricial entre los Centros de Atención Psicosocial y las Unidades Básicas amplía el acceso pese al estigma histórico hacia la locura, lo que indica que, aunque el modelo biomédico persiste como barrera estructural, existen estrategias organizacionales capaces de contrarrestar dicha limitación dentro del propio sistema brasileño.

Desde la perspectiva del personal de salud, Martinez et al. (2017), documentan en clínicas comunitarias de Ciudad de México que la escasez de personal e insumos, la inequidad en la distribución presupuestaria entre centros y la falta de capacitación específica se combinan con barreras lingüístico-culturales y con características atribuidas a los usuarios, configurando un escenario de implementación limitada de los servicios de salud mental que coincide en lo estructural con lo descrito para Brasil y Colombia, aunque documentado desde la mirada de los proveedores y no de los pacientes.

Estos resultados guardan coherencia con lo descrito fuera de los estudios incluidos. En Irán, un estudio cualitativo identificó la escasa capacitación del personal de atención primaria y la debilidad de los sistemas de referencia como los principales obstáculos para integrar la salud mental en la consulta general (Salehi et al., 2025), y en América Latina la adopción de modelos de atención integrada sigue siendo heterogénea y poco sistemática (Paniagua et al., 2025), lo que armoniza con la fragmentación y la débil articulación descritas en Brasil, Colombia, México y Perú.

Al integrar el conjunto de resultados aportados por los 15 estudios incluidos se observa que el estigma, la fragmentación del sistema de referencia y la capacitación insuficiente del personal actúan como ejes comunes en los estudios de Brasil, Colombia, México y Perú y en los distintos diseños metodológicos, mientras que la desigualdad de ingresos, documentada a escala poblacional por Houghton et al. (2020), aporta una dimensión cuantitativa que los estudios cualitativos no permiten estimar por sí solos. Esta convergencia responde al objetivo planteado, ya que muestra que las barreras socioculturales y económicas se refuerzan entre sí y exigen respuestas articuladas entre los niveles clínico, administrativo y comunitario de los sistemas de salud de los países estudiados.

Entre las limitaciones de la evidencia analizada se encuentra la heterogeneidad de los diseños incluidos, que combinan estudios cualitativos, transversales y de revisión con instrumentos de

evaluación distintos, lo que dificulta la comparación directa de magnitudes y limita las conclusiones causales, a lo que se suma la concentración geográfica de la producción científica en Brasil, Colombia y México, lo cual reduce la representatividad de otros países de la región. Otras limitaciones son la posible superposición de participantes entre los estudios derivados del proyecto DIADA en Colombia (Bartels et al., 2021; Gómez et al., 2021; Jassir Acosta et al., 2021), la inclusión de un estudio centrado en servicios ambulatorios articulados con la atención primaria (dos Santos et al., 2021), la restricción a publicaciones en español, inglés y portugués y la ausencia de estudios realizados en Ecuador. En cuanto al proceso de revisión, el protocolo no se registró previamente, la selección y la extracción de datos fueron realizadas por un único revisor sin verificación independiente, no se consultó literatura gris y no se valoró la certeza de la evidencia cualitativa mediante el enfoque GRADE-CERQual.

Conclusiones

La evidencia sistematizada sugiere que el estigma social y el autoestigma son la barrera sociocultural más reportada para el acceso a servicios de salud mental en atención primaria en adultos de América Latina, con presencia en 11 de los 15 estudios, seguida de las creencias culturales y religiosas, presentes en 4, entre ellas la atribución del malestar a causas espirituales y la consulta previa a sanadores tradicionales documentada en comunidades andinas. Entre los determinantes económicos que enfrenta directamente el usuario, los costos de transporte y alojamiento se reportaron en 2 estudios; en el nivel del sistema de salud, el financiamiento público insuficiente se describió en 3 estudios, mientras que la desigualdad de ingresos en el acceso a los servicios de salud, documentada a escala poblacional en cuatro países de la región, aporta una dimensión cuantitativa que los estudios cualitativos no permiten estimar por sí solos.

Estas barreras no actúan de forma aislada, ya que se combinan con frecuencia dentro de un mismo estudio junto a factores propios del sistema de salud, entre ellos la débil coordinación entre niveles de atención y la fragmentación de los procesos de referencia y contrarreferencia, presentes en 8 estudios, y la escasa capacitación del personal general en salud mental, en 7. Asimismo, algunos estudios identificaron facilitadores, como los protocolos de atención, la participación comunitaria, la implicación familiar y las prácticas culturalmente sensibles, lo que sugiere que existen estrategias organizativas capaces de reducir dichas barreras incluso en contextos de recursos limitados.

En cuanto a las características de los 15 estudios incluidos, la producción científica se concentró en Brasil (n=7) y Colombia (n=4), con aportes de México (n=2) y Perú (n=1), además de un estudio multinacional con datos de Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú. Predominaron los diseños cualitativos (n=10), sustentados en entrevistas y grupos focales, seguidos de estudios transversales (n=3) y revisiones de la literatura (n=2). Las poblaciones estudiadas incluyeron tanto a pacientes y usuarios como a profesionales, administradores y gestores de salud, lo que permitió examinar la barrera desde distintos niveles del sistema.

A partir de estos resultados, se concluye que el acceso a la salud mental en atención primaria en los países latinoamericanos estudiados depende de una interacción sostenida entre condicionantes simbólicos, económicos y organizacionales que exige respuestas articuladas y no intervenciones aisladas

centradas en un único tipo de barrera. Este estudio aporta una base de evidencia que puede orientar, con cautela, las decisiones de gestión, capacitación del personal y reducción del estigma en contextos como el ecuatoriano; dado que ningún estudio incluido se realizó en Ecuador, se requieren investigaciones locales que confirmen estos resultados.

Referencias Bibliográficas

Alarcón, G. A., Burgess, R., Dedios, M. C., Peters, L. E. R., & Vera, N. (2023). Mental health services implementation in Colombia: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, *3*(12), e0001565. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001565

Alvarado, M., Mäusezahl, D., Hartinger, S., Fernandez-Rodriguez, A., Melero-Dominguez, M., Diez-Canseco, F., et al. (2026). Community mental health services in Andean Peru: Mapping supply and demand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *23*(4), 512. https://doi.org/10.3390/ijerph23040512

Barros, S., Nóbrega, M. do P. S. de S., Santos, J. C. D., Fonseca, L. M. da, & Floriano, L. S. M. (2019). Mental health in primary health care: Health-disease according to health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(6), 1609–1617. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743

Bartels, S. M., Cardenas, P., Uribe-Restrepo, J. M., Cubillos, L., Torrey, W. C., Castro, S. M., et al. (2021). Barriers and facilitators to the diagnosis and treatment of depression in primary care in Colombia: Perspectives of providers, healthcare administrators, patients and community representatives. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English Edition), 50(Suppl. 1), 64–72. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.01.001

Bobbili, S. J., Carrara, B. S., Fernandes, R. H. H., & Ventura, C. A. A. (2022). A situational analysis of primary health care centers in Brazil: Challenges and opportunities for addressing mental illness and substance use-related stigma. *Primary Health Care Research & Development*, *23*, e37. https://doi.org/10.1017/S1463423622000251

Brusnahan, A., Carrasco-Tenezaca, M., Bates, B. R., Roche, R., & Grijalva, M. J. (2022). Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. *International Journal for Equity in Health*, *21*, Article 48. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01660-1

Critical Appraisal Skills Programme Español. (2020). Herramientas para una lectura crítica. https://redcaspe.org/

De Jesus, A. M., Gurgel, E. I., Gonzaga, A. T., & Dos Santos, A. de F. (2021). Por que a assistência em saúde mental não acompanha a estruturação da atenção primária? *Revista de Saúde Pública*, *55*, 99. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003344

dos Santos, C. A., Bakolis, I., & Onocko, R. T. (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), Article 84. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00507-6

Faija, C., Bee, P., Pedley, R., Bennion, M., Susanti, H., Fausiah, F., et al. (2025). Optimising knowledge mobilisation for mental health research in low- and middle-income countries: A systematic review of the state of knowledge and directions for future research. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, *12*, e106. https://doi.org/10.1017/gmh.2025.10059

Galván, J., Saavedra, N., Bartolo, F., & Berenzon, S. (2017). Perceptions of Mexican women regarding barriers in mental health services in primary care. *BMC Women's Health*, *17*, Article 70. https://doi.org/10.1186/s12905-017-0423-x

Garcia, G. D. V., Zanoti, D. V., Zambenedetti, G., Cervo, M. da R., & Cavalcante, M. D. M. A. (2020). Healthcare professionals' perception of mental health in primary care.

Revista Brasileira de Enfermagem, *73*(1), e20180201. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-02011

Garzón, D. E. (2025). Análisis de la política pública de salud mental en el Ecuador: 2019–2024. *ASCE Magazine*, *4*(2), 997–1015. https://doi.org/10.70577/ASCE/997.1015/2025

Gómez, C., Cárdenas, P., Marroquín, A., Cepeda, M., Suárez, F., Uribe, J. M., et al. (2021). Access barriers, self-recognition, and recognition of depression and unhealthy alcohol use: A qualitative study. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English Edition), 50(Suppl. 1), 52–63. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.06.008

Herzog, R., Álvarez-Pasquin, M. J., Díaz, C., Del Barrio, J. L., Estrada, J. M., & Gil, Á. (2021). Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. *BMC Public Health*, *13*, Article 154. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-154

Houghton, N., Bascolo, E., & del Riego, A. (2020). Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *44*, e11. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11

Jassir , M. P., Cárdenas , M. P., Uribe , J. M., Cepeda, M., Cubillos, L., Bartels, S. M., et al. (2021). Characterizing the perceived stigma towards mental health in the early implementation of an integrated services model in primary care in Colombia: A qualitative analysis. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (English Edition), 50(Suppl. 1), 91–101. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.06.009

Joanna Briggs Institute. (2020). Critical appraisal checklist for systematic reviews and research syntheses. https://jbi.global/

Leiva, V., Rubí, P., & Vicente, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: Políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *45*, e158. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158

Martinez, W., Galván, J., Saavedra, N., & Berenzon, S. (2017). Barriers to integrating mental health services in community-based primary care settings in Mexico City: *A qualitative analysis. Psychiatric Services*, *68*(5), 497–502. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600141

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/10.1177/0886260524123435 7

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). Informe técnico de evaluación del Plan Nacional *Estratégico de Salud Mental 2014–2017*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Evaluacion-Plan-Salud-Mental_2014-2017_24_08_2022_Final1-signed.pdf

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Pan American Health Organization. (2018). The burden of mental disorders in the Region of the Americas, 2018. https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578

Paniagua, A., Branas, C., Susser, E., Fort, M. P., Shelton, R., Trigueros, L., et al. (2025). Integrated programs for common mental illnesses within primary care and community settings in Latin America: A scoping review of components and implementation strategies. *The Lancet Regional Health – Americas*, *41*, 100931. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100931

Romero, D., López, D. F., & Torres, I. (2023). ¿Médicos para el pueblo? La problemática distribución de médicos de servicio rural en Ecuador. *Health Policy and Planning*, *38*(7), 851–861. https://doi.org/10.1093/heapol/czad040

Salehi, M., Hormozi, F., Marvi, A., Sedigh, B., & Zakeri, A. J. (2025). Exploring implementation barriers of mental health programs in primary health care: A qualitative study from Iran. BMC Health Services Research, 25, Article 1555. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13702-9

Souza, Â. C. de, Amarante, P. D., & Abrahão, A. L. (2019). Inclusion of mental health in primary health care: Care strategy in the territory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(6), 1677–1682. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806

Souza, A. D., Simões, T., & Santos, M. (2018). Práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica: Identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *26*(4), 904–914. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1162

Van den Broek, M., Gandhi, Y., Sureshkumar, D. S., Prina, M., Bhatia, U., Patel, V., Singla, D. R., Velleman, R., Weiss, H. A., Garg, A., Sequeira, M., Pusdekar, V., Jordans, M. J. D., & Nadkarni, A. (2023). Interventions to increase help-seeking for mental health care in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, *3*(9), e0002302. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002302

Wong, J. A., San Andrés, I., Santana, D., Meza, J., Urquizo, E., Arévalo, M., et al. (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

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © David Fernando Yumbay Taris y Roberto Iván Acosta Gavilánez.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT)

David Fernando Yumbay Taris: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.

David Fernando Yumbay Taris y Roberto Iván Acosta Gavilánez: curación y organización de los datos, participación en la recolección de información, validación de los resultados obtenidos y elaboración de representaciones gráficas y visualización de los datos; provisión de recursos académicos y materiales para el desarrollo del estudio, apoyo en la administración del proyecto investigativo y revisión editorial del manuscrito antes de su publicación.

David Fernando Yumbay Taris y Roberto Iván Acosta Gavilánez: provisión de recursos académicos y materiales para el desarrollo del estudio, apoyo en la administración del proyecto investigativo y revisión editorial del manuscrito antes de su publicación.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.

Declaración de financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.

Declaración del editor

El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.

Declaración de los revisores

Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.

Declaración ética de la investigación

Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la

responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.