



Percepción de salud mental y dificultad de acceso a los servicios de salud mental en un grupo de adultos mayores de la comunidad rural San Lorenzo, Manta 2024

Diego Cicerón Álvarez Doumet

Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, ULEAM ✉ 

Bryan Abdón Mendoza Muñoz

Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, ULEAM ✉ 

<https://dx.doi.org/10.5209/meso.108693>

Recibido: 28/03/2026 • Evaluado: 04/04/2026 • Aceptado: 27/04/2026

ES Resumen: El estudio tuvo como objetivo caracterizar la percepción sobre la salud mental y el nivel de acceso a los servicios de salud mental en adultos mayores de la comunidad rural San Lorenzo, en Manta. Se utilizó un enfoque cualitativo con base en la Teoría Fundamentada, aplicando entrevistas en profundidad y un grupo focal a 24 adultos mayores sin deterioro cognitivo. Los resultados revelaron una percepción funcional de la salud mental, asociada a la capacidad de realizar tareas cotidianas y mantener el bienestar emocional a través de prácticas espirituales y medicina ancestral. Sin embargo, se identificaron barreras culturales y generacionales que dificultan el acceso a servicios convencionales, como el estigma hacia la psicología, la falta de sensibilidad intercultural por parte del personal de salud y la preferencia por prácticas tradicionales. Los participantes reconocieron la necesidad de una mejor comunicación y propusieron estrategias de integración entre los actores comunitarios y los servicios de salud, destacando la importancia de la participación activa y el respeto por los saberes ancestrales. Como conclusión, se plantea que una crisis intergeneracional, alimentada por diferencias culturales y formas de comunicación, limita la relación entre adultos mayores y profesionales jóvenes, afectando el acceso a servicios de salud mental. Se propone la adaptación cultural de los sistemas de salud como vía para mejorar la atención en comunidades rurales y fomentar un envejecimiento digno y saludable.

Palabras clave: adultos mayores; comunidades rurales; percepción de salud mental.

ENG Perception of mental health and barriers to accessing mental health services among a group of older adults in the rural community of San Lorenzo, Manta – 2024

Abstract: The study aimed to characterize perceptions of mental health and access to mental health services among older adults in the rural community of San Lorenzo, Manta. A qualitative approach based on Grounded Theory was employed, using in-depth interviews and a focus group involving 24 cognitively healthy older adults. Findings revealed a functional view of mental health, linked to the ability to perform daily tasks and maintain emotional well-being through spiritual practices and ancestral medicine. Cultural and generational barriers were identified as limiting access to conventional services, including stigma toward psychology, lack of intercultural sensitivity among healthcare personnel, and preference for traditional remedies. Participants acknowledged the need for improved communication and proposed integrative strategies involving community actors and healthcare services, emphasizing the importance of active participation and respect for ancestral knowledge. In conclusion, an intergenerational crisis—driven by cultural and communicative differences—was found to hinder relationships between older adults and younger professionals, negatively impacting access to mental health services. The study suggests that culturally adapted healthcare systems are essential to improving service delivery in rural communities and promoting dignified, healthy aging.

Keywords: older adults; rural communities; perception of mental health.

Sumario: 1. Introducción. 2. Objetivo. 3. Metodología (Materiales y métodos). 3.1. Criterios de inclusión. 3.2. Criterios de exclusión. 3.3. Criterios de salida. 4. Resultados (análisis e interpretación de los resultados). 4.1. Percepción de salud mental. 4.2. Problemáticas de acceso a los servicios de salud mental. 4.3. Propuestas de mejora al contexto actual. 5. Discusión. 6. Conclusiones. 7. Referencias.

Cómo citar: Álvarez Doumet, D. C. & Mendoza Muñoz, B. A. (2026). Percepción de salud mental y dificultad de acceso a los servicios de salud mental en un grupo de adultos mayores de la comunidad rural San Lorenzo, Manta 2024. *Mediaciones Sociales* 25, e-108693.

1. Introducción

Al hablar de percepción de salud mental, se busca comprender cómo la subjetividad, los factores fisiológicos, las habilidades funcionales, el bienestar psicológico, el equilibrio emocional y las redes de apoyo social estructuran la calidad de vida, abordada desde las necesidades definidas por cada individuo, condicionando su relación salud/enfermedad en la vida cotidiana (García-Barrera et al., 2022).

En los adultos mayores, la percepción de la salud mental varía según factores como el género, la ocupación, el nivel educativo, la presencia de enfermedades crónicas y el grado de satisfacción con el apoyo familiar y doméstico (Gallegos-Carrillo et al., 2006). En este contexto, la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye aspectos como la esperanza de vida, los años vividos con buena salud y la participación en actividades sociales. Desde una perspectiva cualitativa, se vincula con la satisfacción de necesidades psicosociales, el bienestar general y valores comunitarios como el respeto y la solidaridad, además de las oportunidades del entorno y las decisiones individuales.

En comunidades rurales, es frecuente la falta de servicios adecuados de salud, especialmente en salud mental, lo que dificulta el afrontamiento de problemáticas asociadas y mantiene estigmas hacia la atención psicológica. Una de las principales barreras es la accesibilidad, la cual no solo implica limitaciones geográficas, sino también culturales. Como señala Arredondo (2010), los aspectos culturales influyen en la percepción de la necesidad de atención, por lo que es fundamental fortalecer la educación en salud para ampliar las opciones de decisión de las personas.

Asimismo, la escasa promoción de la salud se refleja en la baja asistencia de adultos mayores a centros de salud, particularmente en zonas alejadas. Alvarado y Salazar (2016) indican que este grupo presenta mayor afinidad hacia prácticas de medicina no convencional, adoptando posturas tradicionales que refuerzan la idea de que las enfermedades se resuelven en el ámbito doméstico.

No obstante, Márquez-Terraza (2022) plantea que, si bien estas dificultades se originan en brechas culturales, la expansión de servicios de salud ha generado cambios en la percepción de los sistemas sanitarios. Esto ha llevado a la construcción de representaciones sociales sobre salud y enfermedad que influyen tanto en el acceso a servicios como en las prácticas de autocuidado, impactando directamente en la calidad de vida a nivel individual y colectivo.

Por otro lado, Brenes (2013) sostiene que la calidad de vida de los adultos mayores está fuertemente condicionada por el nivel socioeconómico. Estudios en países como México y Costa Rica evidencian que menores ingresos limitan la satisfacción de necesidades básicas, relegando la salud a un segundo plano. Esta situación genera estrés y tristeza, especialmente en zonas rurales donde las oportunidades son más limitadas.

Este panorama introduce el concepto de desigualdades sociales y de salud. Según Waters et al. (2019), factores como las diferencias regionales, la ruralidad, el género, la escolaridad y el apoyo familiar inciden en estas desigualdades. Además, el deterioro físico y mental propio del envejecimiento dificulta la generación de ingresos, favoreciendo un envejecimiento patológico. Para mitigar estas brechas, es necesario adaptar los sistemas de salud a las características culturales y lingüísticas de la población, incorporando estrategias de promoción respetuosas de las cosmovisiones locales.

Otra perspectiva resalta la importancia de las relaciones sociales en la percepción de la calidad de vida. Campomar et al. (2023) señalan que los adultos mayores perciben su bienestar a partir de sus estados emocionales, frecuentemente afectados por la soledad, la pérdida de vínculos y los cambios asociados al envejecimiento. La salud mental positiva se asocia con emociones como la alegría y el amor, mientras que la negativa se vincula con la tristeza y la depresión. Frente a ello, el acompañamiento social emerge como una estrategia clave, mediante la conformación de grupos que promueven la interacción, el apoyo mutuo y la realización de actividades compartidas.

La actividad social y recreativa también contribuye a la capacidad funcional. Márquez et al. (2020) indican que realizar actividades cotidianas favorece la calidad de vida, mejora la capacidad cognitiva y fortalece las relaciones interpersonales y la espiritualidad. Por el contrario, la percepción de mala salud mental se asocia con la pérdida de autonomía para realizar tareas diarias. Aunque muchos adultos mayores reconocen estos cambios, también destacan que mantenerse activos les permite conservar su independencia. Sin embargo, persisten dificultades relacionadas con la distancia a los servicios de salud, lo que limita el acceso, especialmente en contextos rurales.

Un estudio realizado en Chile (Véliz et al., 2022) evidenció que, pese a las limitaciones en el acceso a servicios, las actividades propias del entorno rural, como el trabajo agrícola y las dinámicas comunitarias, contribuyen al bienestar emocional, regulando el estrés y fortaleciendo la motivación. Estas prácticas se constituyen en estrategias de promoción de salud mental desde la propia comunidad.

Desde una perspectiva comunitaria, Bang (2014) propone que la promoción en salud mental debe fomentar procesos participativos que potencien la creatividad colectiva y fortalezcan las redes de apoyo. Estas acciones facilitan la inclusión social y permiten integrar saberes tradicionales y prácticas de autocuidado, reduciendo las brechas culturales que dificultan el acceso a servicios formales.

En este sentido, la promoción en salud implica la participación activa de la comunidad en la identificación de sus necesidades y en la construcción de soluciones. Este enfoque no solo previene problemáticas, sino

que promueve estilos de vida saludables que se integran de manera dinámica en la vida cotidiana, constituyendo la base de la salud mental comunitaria.

Jané-Llopis (2004) destaca que el éxito de estas intervenciones depende de la sensibilización de los profesionales de salud, quienes deben actuar como mediadores entre la comunidad y las instituciones, integrando conocimientos técnicos y saberes locales para fortalecer la cohesión social.

En el contexto ecuatoriano, particularmente en la ciudad de Manta, existe una limitada investigación sobre la salud mental de adultos mayores en zonas rurales. Sin embargo, resulta relevante cuestionar por qué este grupo no utiliza los servicios disponibles ofrecidos por instituciones como el MIES, el MSP o los gobiernos locales. Datos del MIES en la comunidad de San Lorenzo evidencian que un alto porcentaje de adultos mayores presenta alteraciones cognitivas, afectivas y conativas, lo que sugiere la necesidad de profundizar en esta problemática.

De acuerdo con la OMS (2021), las comunidades rurales poseen concepciones distintas sobre la salud y la enfermedad, lo que influye en la manera en que interpretan y abordan los problemas de salud mental, recurriendo frecuentemente a prácticas tradicionales o ancestrales. Esta situación es más evidente en adultos mayores, quienes han desarrollado sus hábitos en contextos culturales diferentes a los actuales sistemas de salud.

A partir de este contexto, se plantea la necesidad de desarrollar investigaciones que permitan comprender la percepción de salud mental en adultos mayores de zonas rurales, con el fin de identificar las razones de su baja utilización de servicios y generar estrategias de intervención culturalmente pertinentes que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

2. Objetivo

Caracterizar la percepción respecto a la salud mental y el nivel de acceso a los servicios de salud mental de los adultos mayores de la comunidad rural de San Lorenzo de Manta.

3. Metodología (Materiales y métodos)

La investigación se desarrolló apegándose al enfoque cualitativo, apuntando a la “reconstrucción” de la realidad desde el panorama de los participantes del sistema social seleccionado (Véliz et al., 2022), haciendo uso de la Teoría Fundamentada (TF) con diseño sistémico de codificación abierta, axial y selectiva.

La Teoría Fundamentada es el enfoque más adecuado para la investigación debido que a partir de la identificación y el reconocimiento, permite caracterizar las percepciones de los involucrados respecto a la salud mental, basándose en la subjetividad de sus experiencias, opiniones, criterios y atribuciones sobre el fenómeno estudiado.

El proceso se orientó a través de la recolección y análisis sistemático de sus significados culturales para comprender la realidad de los adultos mayores que habitan el mundo rural respecto a su propia mirada de la salud mental, es decir, cómo piensan y perciben la salud desde su propio contexto y qué hacen con ello.

Para la recolección de los datos se utilizó entrevistas a profundidad y grupos focales, se aplicaron tres entrevistas en tres sesiones distintas: primera entrevista con seis preguntas con la finalidad de indagar en la percepción que tienen los usuarios sobre la salud mental; segunda entrevista con ocho preguntas se enfocó en ahondar en las dificultades de acceso a los servicios de salud mental y la tercera entrevista con cinco preguntas que profundizó en las prácticas de autocuidado de la salud mental desde la casa; se planificaron también tres grupos focales de los cuales se ejecutó uno.

Para el proceso de análisis de datos se utilizó *Whisper Web*, un programa de transcripción sensible y preciso que permitió materializar las grabaciones de las sesiones de entrevista individual y grupo focal; la información obtenida se corroboró a través de las técnicas de codificación inductiva y progresiva, elaboración de matrices, elaboración de categorías emergentes y reflexión continua sin automatización que propone Flick (2012), quien además menciona que el procesamiento manual permite una mayor inmersión interpretativa, lo cual es esencial en investigaciones cualitativas centradas en significados, siendo consonante con la lógica de la TF.

El diseño sistémico de la TF dio paso a tres procesos de codificación de los datos obtenidos: primero, en la codificación abierta se tomaron los datos empíricos y empezaron a compararse, con la finalidad de obtener palabras o frases claves que generen las “categorías emergentes”; segundo, estas categorías emergentes pasan al proceso de codificación axial que las agrupa por características similares para determinar la categoría central del fenómeno; una vez obtenido el tema central, el tercer paso es la codificación selectiva, que es desarrollar explicaciones a partir de la codificación axial. Una vez analizados todos los datos y construidas las categorías, estas se triangulan para producir el “supuesto teórico” sobre el que aterriza la TF.

Como consideraciones éticas se aplicó un consentimiento informado; todo esto aprobado por el Comité de ética de investigación en seres humanos, Uleam (CEISH-ULEAM); asimismo se protegió la identidad de los participantes durante la recolección de información.

La población de estudio estuvo enfocada en un grupo de adultos mayores de la comunidad rural San Lorenzo del cantón Manta. Se seleccionó 24 adultos mayores pertenecientes al proyecto de atención integral MIES-GAD Manta, la población estaba compuesta por 15 mujeres y 9 hombres con edades entre 65 y 75 años.

Para ello se tomó en consideración los datos proporcionados por el MIES sobre las evaluaciones gerontológicas, invitando a la participación a los usuarios que no presentaran deterioro cognitivo, se depuró a los participantes que no se presentaron a todos los procesos de la investigación, dejando como muestra final 24 adultos mayores.

3.1. Criterios de inclusión

- Contar con una edad igual o mayor a 65 años.
- Residir en la parroquia rural San Lorenzo.
- Pertenecer al proyecto MIES-GAD Manta.
- Haber sido evaluado por medio de test gerontológicos.
- Haber aceptado libre y voluntariamente la participación en la investigación, por medio de la firma del consentimiento informado.

3.2. Criterios de exclusión

- No contar con la edad requerida.
- No haber sido evaluado por medio de test gerontológicos.
- Adultos mayores con alteraciones cognitivas que limiten su participación.

3.3. Criterios de salida

- Deseo voluntario de abandonar la investigación.
- Adultos mayores que hayan asistido a la aplicación de entrevistas, pero no a los grupos focales.

4. Resultados (análisis e interpretación de los resultados)

Se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas individuales y grupo focal, destacando variables que se vuelven categorías de análisis. Entre los 24 participantes, a los que se aplicó dos rondas de entrevistas, se exponen las respuestas más representativas teniendo en cuenta que mucha de la información de repite entre los participantes.

Se construyeron tres categorías de análisis a partir de la sistematización de los datos empíricos, estas se presentan a continuación.

Cabe desatacar que los resultados que se presentan pueden sostener los hallazgos ya que se denotó una saturación de la información, es decir, los participantes empezaron a repetir las respuestas y no aparecieron nuevas ideas relevantes que permitieran abordar otras categorías.

4.1. Percepción de salud mental

Para la construcción de esta categoría, se consideró la información recibida en las entrevistas a profundidad, orientadas a conocer la visión sobre la salud mental y las acciones que se realizan en relación con la misma. En los participantes (E) existe una aproximación al concepto, sin embargo, las respuestas son generales y ambiguas, marcadas por sus propias experiencias respecto a la salud mental en su comunidad.

Para algunos de los adultos mayores, la salud mental consiste en mostrar constantemente alegría y, por lo tanto, esconder la tristeza u otras emociones que, socioculturalmente, son consideradas negativas. Al respecto, uno de los adultos mayores menciona que para él *“es estar siempre alegre y no tener sentimiento”* (Entrevistado 5, 2024); también se puede asociar con el entusiasmo y motivación que representa la llegada de un nuevo día *“es esa alegría de abrir los ojos al despertar y levantarte con ganas de hacer muchas cosas”* (Entrevistado 6, 2024).

Asimismo, la salud mental se la relaciona con su funcionalidad, es decir, que las personas puedan ejercer sus obligaciones cotidianas, como lo indica uno de los participantes *“Cuando te sientes con ánimo para venir a la escolita o hacer los oficios en la casa”* (Entrevistado 14, 2024), esto a su vez lleva a los participantes a creer que gozar de salud mental es tener la autonomía de hacer las cosas sin requerir ayuda:

E15: *“Es estar bien de la mente y el corazón, poder hacer tus cosas sin meterte en problemas, y si algo de eso está mal tener que ir al psicólogo”* (Entrevistado 15, 2024).

E23: *“No molestar a nadie y poder hacer mis cosas, si yo le digo a mi mente que sí puedo hacer algo es porque así tiene que ser”* (Entrevistado 23, 2024)

Las respuestas se vuelven más claras y precisas a partir del criterio de estado cognitivo resultado en el test gerontológico Minimental, los adultos mayores que no presentan deterioro cognitivo, es decir, se encuentran en un estado cognitivo normal o con sospecha patológica, dan una respuesta más elaborada, como lo mencionado por estos participantes, (Entrevistado 7, 2024) *“es cuando te das cuenta que no estás bien psicológicamente y acudes con un profesional”*; (Entrevistado 22, 2024) *“cuando puedes manejar de forma correcta lo que piensas y cómo te sientes”*.

Es importante reconocer también que los participantes reconocen la salud mental como la capacidad y autocontrol, autorregulación y autoanálisis a la hora de desenvolverse con los demás, como lo mencionado por uno de los adultos mayores *“es saber reconocer cuándo te estás comportando bien y cuándo lo haces mal, para poder cambiarlo y ser una mejor persona”* (Entrevistado 2, 2024).

Dentro de la temática de las entrevistas surge una subcategoría relacionada a la prevención, en la que, a partir de las respuestas, muchas de las actividades de la vida cotidiana son mecanismo de preservación de salud mental, a través del cuidado y autocuidado y operan a través de su cotidianidad, siendo parte de las rutinas y tareas diarias, a las cuales ellos le endosan un sentido beneficioso y significativo:

E13: *“A veces cuando paso coraje me pongo a tejer la paja toquilla, se me quita el coraje y luego soy feliz cuando vendo las cositas en la playa”* (Entrevistado 13, 2024).

Al respecto, (Entrevistado 18) indica:

“Yo trato de evitar pelear con mi esposa y me subo para arriba a la montaña a ver los animales, me siento bien porque ya no pienso en los problemas” (2024).

La totalidad de los participantes refirió pertenecer a la religión católica y obtener tranquilidad y sensación de bienestar al momento de profesar estas creencias, algunos de los entrevistados mencionan:

E1 *“Es la verdad que me siento en paz cuando hablo con Dios todas las mañanas” (Entrevistado 1, 2024).*

E15 *“A veces los problemas no me dejan dormir, luego de hacer mis oraciones y dejar todo en las manos de Dios ya puedo descansar” (Entrevistado 15, 2024).*

E21 *“Me da pena pensar en los achaques de la edad, trato de no ponerme triste, pero mi Padre del Cielo me da el consuelo, por algo me tiene viva hasta esta edad, no todos llegan” (Entrevistado 21, 2024).*

Tabla 1. Percepción de salud mental

Aspecto relevante		Descripción
Concepto general	Salud mental como alegría	Asociada a estar siempre alegre y ocultar emociones negativas.
	Funcionalidad y autonomía	Capacidad de realizar tareas cotidianas sin ayuda.
Recursos psicológicos/ Capacidades personales	Cognición y autoconciencia	Adultos sin deterioro cognitivo dan definiciones más elaboradas.
	Autorregulación y comportamiento social	Reconocimiento del autocontrol como parte de la salud mental.
Prácticas de autocuidado	Prevención y cotidianidad	Actividades como tejer o caminar ayudan a liberar emociones.
	Religión como soporte emocional	Oración y fe católica brindan consuelo y bienestar.

4.2. Barreras de acceso a los servicios de salud mental

Para la segunda categoría se toma en consideración la información obtenida en la segunda ronda de entrevistas, donde se abordó preguntas que debutaban a evaluar qué conocimiento tenían los usuarios de los servicios de salud mental que se ofertaban en la comunidad rural San Lorenzo, ahondar porqué en su mayoría, no hacían uso de estos servicios. Se logró obtener dos subcategorías; la primera, referente al sistema cultural propio de los adultos mayores y la segunda, a la brecha cultural y generacional entre los usuarios y el personal social y de salud que se encarga de brindar estos servicios.

Los entrevistados mencionaron que, respecto a su conocimiento en salud mental expuesto en la categoría anterior, ellos hacen uso de las prácticas de medicina no convencional para aliviar sus malestares físicos y problemas relacionados a su estado de salud mental.

La entrevistada 4, menciona:

“Yo a veces sufro de los nervios, usted sabe que con tantos problemas hoy en día una no se los puede sacar de la cabeza, mi nieta me dice que me pongo ansiosa, y la verdad es que me entra como una tembladera en las canillas, mentiría si le digo que me pasa todos los días porque no es así, pero cuando me da esto me hago un té de hoja de sin, tengo una matita en el patio, eso es bueno para los nervios” (Entrevistado 4, 2024).

Así como se hace uso de la medicina ancestral, las prácticas espirituales también son un método recurrente en los usuarios para lo que ellos llaman “problemas de la mente”, tal es el caso de la entrevistada 12 que refiere:

“Profe, usted sabe que cuando una es vieja todo se le va olvidando, hubo un tiempo que iba al subcentro por unas pastillas para el cerebro porque se me estaba olvidando dónde dejaba las cosas, pero a veces amanecía con un dolor en las rodillas y ya no salía, entonces ponía mi bultito de San Antonio (patrón de las cosas perdidas) patas arriba y enseguida aparecían, es más rápido” (Entrevistado 12, 2024).

Otra de las variantes que se mencionaban como un indicador que los adultos mayores no hagan uso de los servicios de salud mental que tienen a disposición en San Lorenzo, es el estigma que envuelve lo concerniente al cuidado de las emociones y el rol del psicólogo, esta era una respuesta que se presentaba con más frecuencia en los hombres, tal es el caso del entrevistado 24 que menciona:

“Yo no voy a eso del psicólogo, en la comuna había un chico que hacía eso y hablaba con la gente, mi mujer me dijo que fuera después que murió mi hermana, fui un día y el chico me dijo que si quería podía llorar... cómo va a creer usted que me voy a poner a llorar para que todos los de la comuna me vean y al salir están ese poco de viejos vagos que iban a andar jodiendo la vida, usted sabe cómo a uno de muchacho lo educaron, mi viejo decía que hombre que llora la mujer le pone los cachos” (Entrevistado 24, 2024).

En la segunda subcategoría, referente a la brecha cultural y generacional que media la relación entre los adultos mayores de San Lorenzo y el personal operativo de los distintos servicios de salud y sociales, se ha logrado identificar que la diferencia entre las cosmovisiones del mundo y los significantes de salud y

enfermedad son la principal causa de la fricción en la comunicación de los implicados, como mencionan los entrevistados:

E3: *“Yo no niego que los doctores sepan, porque ellos tienen sus estudios, pero una que ya tiene sus años sigue como le enseñaron en la casa, yo para cualquier malestar me hago un gloriado y me corta enseguida los dolores; en el subcentro lo que hacen es llenarme de pastillas y eso de estar traga y traga pastillas la verdad que no me gusta”* (Entrevistado 3, 2024).

E8: *“Oiga es que ahora por todo mandan en las escuelas a buscar psicólogo, eso le pasó a mi nieto; en mis tiempos el mejor psicólogo era un bollero. A mi hija la mandaron que lleve el niño con el psicólogo que está en la comuna, pero qué va a saber ese muchacho de crianza si está joven y ni hijos ha tenido”* (Entrevistado 8, 2024).

E1: *“Yo sé que es importante el psicólogo para que uno hable de sus problemas, pero le soy honesta y es que a mí eso no me funciona, a mí lo que me funciona es sentarme a orar y recitar salmos al Señor. Él es como mi psicólogo, conoce mis penas y las soluciona”* (Entrevistado 1, 2024).

Esta marcada brecha cultural no responde solamente a las diferencias en escolaridad, contexto y costumbres, sino que se ve acrecentada por la lectura que dan los participantes a la labor de los servidores, falta de sensibilización en tratamiento intercultural por parte del personal de las distintas instituciones que ofrecen servicios de salud y salud mental en San Lorenzo; factores como la falta de empatía a las distintas cosmovisiones, invalidación de los tratamientos y prácticas de autocuidado que realizan los usuarios y menosprecio a sus saberes ancestrales son influyentes clave para que los adultos mayores no acudan a los servicios de salud que se brindan, lo que limita también la correcta ejecución de procesos de promoción y educación para la salud, así como el éxito de brigadas médicas y sociales, estos criterios se asumen como percepciones y no verdades absolutas.

E9: *“Yo no voy al subcentro porque ahí salgo es retada como muchacho, créame, todo lo que uno hace en la casa está mal, en antes no había tanta cosa y bien que se criaban los hijos sanitos”* (Entrevistado 9, 2024).

“Yo jamás he ido a ese subcentro... una vez a mi marido se le inflamó una muela, yo le preparé un remedio que aprendí de mi mamá y le desinflamó, pero como no sé sacar muelas lo mandé al subcentro, esa doctora me mandó a decir que pude haberlo matado de una infección, ¡qué va a creer! No me va a venir a enseñar a mí de remedios que he criado nueve hijos” (Entrevistado 20, 2024).

“Una vez andaba una de esas campañas del municipio que había venido a atender gente, me dijeron que había una psicóloga y yo me acerqué a hablar con ella y la verdad es que si me gustó, justo estaba pasando ese problema de mi hija en la cárcel y mi hermana que había muerto, la doctora me dijo que si quería seguir conversando fuera al subcentro o al CDC la siguiente semana, yo fui dos veces y cada vez que iba había otra persona atendiendo, estar repite y repite la misma historia me hostigaba entonces ya no fui más” (Entrevistado 11, 2024).

Con lo expuesto en las entrevistas se puede inferir que las dificultades de entendimiento entre los adultos mayores y los profesionales sociales y de la salud merman la participación de los usuarios en actividades relacionadas a la medicina convencional y arraiga más la efectividad subjetiva de los autocuidados y las prácticas de medicina ancestral.

Tabla 2. Barreras en el acceso a los servicios de salud mental

Barrera de acceso al servicio	Descripción
Preferencia por medicina ancestral y espiritual	Uso de tés, amuletos y oración para tratar malestares mentales.
Estigma hacia la psicología	Especialmente entre hombres, asociada a debilidad emocional.
Brecha generacional y cultural	Diferencias en visión del mundo dificultan la comunicación.
Desconfianza en el sistema de salud	Rechazo al uso continuo de fármacos y percepción de maltrato.
Inconsistencia en atención	Rotación de personal y falta de seguimiento desmotivan la asistencia.

4.3. Propuestas de mejora al contexto actual

Esta categoría toma consideración la información que se obtuvo a través de la participación del grupo focal, siguiendo la lógica de la Salud Mental Comunitaria (SMC), los adultos mayores toman parte en la elaboración de propuestas o estrategias que mitiguen su falta de acceso a los servicios de salud mental; aquí no sólo se identifican necesidades y se proponen sugerencias para mejorar el trabajo en salud mental de la zona, sino que a su vez permite ampliar la participación de los miembros de la comunidad de forma proactiva en beneficio de la población.

Las propuestas recogen el malestar con el servicio y las distintas situaciones que impiden su acceso, transformándolas en soluciones que salen adelante con la participación conjunta de todos los implicados.

Para los adultos mayores, proponer mejoras a partir de su percepción es terminar con años de silencio forzado por las desigualdades sociales, el grupo focal expone la capacidad de identificar recursos para

mejorar, así como la satisfacción dada cuando se percibe que se está contribuyendo a mejorar algo que va a ayudar a los demás.

Entre las opiniones y criterios emitidos se destaca:

G1: *“Una de las cosas que se puede hacer es invitar a los doctores y los profesores de la escuelita para que les enseñemos como se preparan los remedios de casa”.*

“También es importante que en la escuela les enseñen a los niños sobre las yerbas medicinales y para qué sirve a cada uno, a la final, aquí en San Lorenzo las matas de yerbita hay en cada casa y son de utilidad”.

“Se puede hablar con la presidenta del GAD Parroquial para que se contraten más doctores, ellos se llenan de pacientes y por eso no lo atienden a uno sabiendo que somos tercera edad”.

“Algunos doctores deben tratar mejor a la tercera edad, nosotros no entendemos las cosas tan rápido como ellos, más aún cuando hay palabras que dicen y nosotros no conocemos”.

“Hay que hablar también para que se contraten médicos especialistas, un médico general y una enfermera para todo el subcentro no tienen la respuesta para todo”.

“Hay que invitar al psicólogo de la comuna para que venga a hacer las actividades con nosotros en la escuelita”.

Así como se proponen actividades de mejorar el servicio desde el accionar de los profesionales que están laborando, el grupo focal también abordó propuestas que se cimientan en la identificación de las falencias de los usuarios para que estos también aporten a esa mejora, reconociendo que la calidad del servicio y la salud mental depende de todas las partes, para ello los adultos mayores concluyeron lo siguiente:

G1: *“Nosotros también tenemos que asistir a las clases que da el psicólogo de comuna allá en el CDC, así como podemos caminar a la playa por las fiestas del pescador, también podemos subir al CDC para recibir las clases”.*

“Si nosotros queremos tener buena salud de la mente y estar siempre alegres también tenemos que seguir asistiendo a la escuelita de adultos mayores del MIES, aquí uno se entretiene y se le olvidan las penas, y sobre todo, aprende”.

“Así como hay adultos mayores que nos quejamos que en el subcentro no nos atienden o los doctores están mal genios, también tenemos que darnos cuenta que cuando los doctores vienen a ponernos las vacunas no nos dejamos explicar y les contestamos feo, nosotros también hemos fallado”.

“Tenemos que organizarnos para ir a las charlas que dan en el subcentro los martes para la tercera edad, aquí en la escuelita somos como cincuenta y dos o tres son los que van a las charlas”.

“Yo creo que también nosotras las mujeres debemos poner de nuestra parte y hacer venir a nuestros maridos a la escuelita o a las charlas, prefieren estar ahí en casa sin hacer nada, ociosos de la mente. Todos tenemos que participar”.

“Cuando vengán las brigadas del municipio organizarnos e ir como grupo de adultos mayores”.

Las categorías desarrolladas en los análisis demuestran que el accionar de los adultos mayores y los profesionales en salud es lo que ha ampliado esta brecha que dificulta el acceso a los servicios de salud mental, lo cual se complementa con las prácticas ancestrales y de autocuidado que expusieron en la primera entrevista, llevando a los usuarios a desarrollar un individualismo respecto al tratamiento de los problemas relacionados a la salud mental, que responde a las creencias de cada uno.

Tabla 3. Propuestas de mejora al contexto actual

Propuesta	Actividades a desarrollar
Sensibilizar sobre prácticas ancestrales a profesionales	Promover intercambio de saberes con médicos y docentes.
Educación comunitaria	Incluir conocimiento de yerbas medicinales en escuelas.
Mejora en atención	Más médicos, trato respetuoso y lenguaje claro.
Participación del personal médico en espacios comunes	Profesionales de salud debe integrarse a actividades comunitarias.
Compromiso del usuario	Asistir a charlas, clases y brigadas como muestra de corresponsabilidad.
Organización comunitaria	Fomentar asistencia grupal y apoyar la participación de todos.

5. Discusión

El estudio, además de caracterizar la percepción de salud mental y dificultad de acceso a los servicios de salud mental de la población adulta mayor de San Lorenzo en Manta, presenta una serie de desafíos encontrados que responden a la problemática respecto al estado de salud mental de las comunidades rurales y de las personas de la tercera edad.

A un nivel macroscópico se puede plantear la necesidad imperiosa de establecer políticas públicas de salud mental por parte del Estado, que se ajusten a la realidad de los colectivos rurales y que sean fácilmente medibles con resultados favorables; sin embargo, antes de entender por qué es importante el asunto político, se va a comprender qué de la realidad del entorno estudiando remarca esa importancia.

Después hacer una revisión bibliográfica y analizar la literatura más relevante sobre adultos mayores, comunidades rurales y salud mental, se ha considerado que no todos los aspectos planteados en la literatura corresponden a la realidad de la población longeva de San Lorenzo, sin embargo, eso no impide que los resultados puedan tejer su propio constructo teórico.

En consonancia con lo planteado por Alvarado (2016) las prácticas de medicina no convencional y sistemas de autocuidado ancestral son el principal recurso de afrontamiento de los adultos mayores ante la presencia de lo que ellos consideran un problema de salud mental. La parte espiritual en los participantes es vital para promover entre el grupo una cultura de paz interna, por ello, rezar y hacer oraciones es la práctica más común; caminar por la playa, subir a la montaña a revisar sus cultivos y criaderos de animales, cumplir con los deberes de hogar, elaborar sus propios medicamentos a partir de los conocimientos en herbolaria, el tejido, entre otros, son actividades que se vuelven un medio de vida y fomentan en el grupo la sensación de bienestar y tranquilidad, resultando en un estado de ánimo óptimo que los hace sentir felices con su estilo de vida, esa satisfacción vital es lo que ellos denominan *salud mental*.

Es importante mencionar que lograr ejecutar estas prácticas de autocuidado desde el hogar sin la necesidad de ayuda, lleva a los adultos mayores a percibirse a sí mismos como seres funcionales, asociando lo funcional al buen estado mental, refiriendo que, quién está bien psicológicamente es capaz de hacer las cosas por su cuenta, esta realidad de San Lorenzo está en sintonía con lo planteado por Márquez (2020) que atribuye la accesibilidad a los servicios a la constante realización de actividades ocupacionales, pues estas le da a los adultos mayores elementos de gran importancia para lograr identificar cuando algo no anda bien consigo mismos.

La individualidad adquirida por las capacidades funcionales resulta en la poca o nula influencia de los demás a la hora de buscar algún servicio de salud, como lo propuso Campomar (2023) las relaciones con los otros conducen a los adultos mayores a tomar decisiones sobre su salud, por ejemplo, que una adulta mayor asista a clases de yoga porque sus amigas lo hacen o que esté en contante chequeo médico por insistencia de sus familiares; estas premisas no corresponden a la realidad que se vive con los participantes de este estudio, en todo caso, es pertinente aclarar que las relaciones sociales de los adultos mayores de San Lorenzo están muy bien consolidadas, sin embargo, estas relaciones no toman parte a la hora de decidir respecto a la salud o el autocuidado.

Otro de los aportes que se descarta en esta investigación es la propuesta de Brenes (2013) que plantea que los factores socioeconómicos limitan el acceso a los servicios de salud mental, viéndose anuladas las posibilidades de gozar de una mejor calidad de vida por la carencia de recursos económicos, y aunque los adultos mayores de San Lorenzo rondan los niveles de pobreza y pobreza extrema, las constantes campañas sociales y de salud y la amplia gama de servicios de salud sin costo que se ofertan en la zona son una ventaja para ellos, sin embargo, no lo toman. Durante las entrevistas, ninguno de los participantes hizo referencia a su estado socioeconómico como un limitante para acceder a los servicios de salud mental.

Entre los criterios de inclusión de este estudio, se necesitaba pertenecer al proyecto social MIES-GAD Manta, este proyecto es regido por una norma técnica con enfoque socioeducativo que se socializa con los participantes, estos enfoques promueven y educan para la salud a los beneficiarios de los proyectos, creando un espacio en el que puedan reelaborar sus preceptos a partir de lo aprendido, sus experiencias y la concepción de los demás, esto para Márquez (2022) resultaba en la aparición de nuevas representaciones sociales de la salud, representaciones precursoras de la utilización de los servicios gubernamentales, a pesar de pertenecer a este proyecto y tener noción de lo que es salud mental, como se evidenció en la primer categoría de los resultados, los adultos mayores de San Lorenzo no hacen uso de estas representaciones para considerar los sistemas de salud convencional como primera opción, esto se debe a que al considerar las respuestas dadas por los participantes nos permite inferir, como mencionó Arredondo (2020), que las barreras culturales cimentan las limitaciones que impiden a los adultos mayores acceder a los servicios de salud; las diferencias ideológicas, contextuales y de generación que exponen los participantes eleva un muro en su relación con el personal médico y de servicios sociales en el que la comunicación en salud no está sintonizada, resultando esto en la realidad actual de los adultos mayores de San Lorenzo, que se muestran reticentes a los métodos de salud contemporáneos, sin embargo, no se dejan de destacar dos condiciones importantes, en primer lugar, la interculturalidad aporta un marco más amplio al centrarse en el diálogo entre cosmovisiones diversas, particularmente entre los saberes ancestrales y el modelo biomédico hegemónico. En este sentido, no solo reconoce la existencia de prácticas tradicionales, sino que analiza las relaciones de poder, las asimetrías en la legitimación del conocimiento y las barreras culturales que inciden en el acceso y uso de los servicios de salud, de esta forma, la interculturalidad permite interpretar las representaciones sociales de los adultos mayores no únicamente como expresiones individuales o comunitarias, sino como construcciones situadas en un campo de interacción cultural, donde se negocian significados, prácticas y decisiones en torno a la salud mental; es así que este enfoque resulta pertinente para comprender por qué determinados grupos priorizan prácticas ancestrales o desestiman la atención institucional, evidenciando la necesidad de estrategias de salud que sean culturalmente sensibles e integradoras; la segunda es que, la lectura de ellos participantes respecto a la posición de los servidores de salud se deben tratar como percepciones, y no asumirse como verdades absolutas.

Teniendo conocimiento de la baja afluencia a los servicios de salud mental por parte de los adultos mayores, en afinidad con lo propuesto por Waters (2019), dentro del grupo focal se propusieron estrategias que mitiguen esta brecha cultural, un proceso que se conduce a la adaptación de los sistemas médicos, buscando que estos sean más sensibles a las realidades de los usuarios a los que se ajusta, respetando todas las ideologías. Esta adaptación de los sistemas es una reivindicación social para los adultos mayores, quienes por mucho tiempo no eran partícipes en las decisiones de instituciones públicas que brindaban servicios comunitarios, la sensación de satisfacción llevó a que el grupo focal se enriquezca con todas las aportaciones.

6. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos y el análisis de los mismos, en consonancia con los objetivos del estudio, se puede concluir lo siguiente:

En relación a la percepción de salud mental de los adultos mayores de San Lorenzo, los participantes consideran que contar con buen ánimo es sinónimo de gozar de buena salud mental, para alcanzar este estado es necesario que logren completar sus actividades diarias sin mayores complicaciones, enfocándose en poder ejecutar y culminar tareas por sus propios medios sin tener que pedirle ayuda a alguien, además de cuidarse a sí mismos desde las prácticas de medicina ancestral, esta satisfacción por autonomía es lo que promueve en ellos el estado de bienestar, alegría y satisfacción con la vida.

Se reconoce también que las actividades de índole espiritual son las que más practican y las que más bienestar les traen, sin embargo, las tareas de campo como la agricultura y el cuidado de animales de granja y las tareas del hogar como la cocina, el lavado de ropa y el cuidado de la casa, se vuelven acciones de cuidado para la salud mental, ayudándoles a disipar sentimientos de tristeza o aflicción.

En torno a la influencia de los profesionales para el acceso al servicio, se determinó que la mala comunicación entre los servidores sociales y de salud con los adultos mayores es lo que impide que estos últimos accedan a los servicios de salud mental, esta mala comunicación se cimienta sobre diferencias culturales e ideológicas, marcadas por una brecha generacional, a la que los participantes proponen mitigar con actividades de integración entre los implicados.

Como conclusión final se plantea considerar una crisis intergeneracional que esté influyendo el acceso a los servicios de salud mental en los adultos mayores; el choque de valores entre las generaciones (adultos mayores y personal social y de salud joven) vuelven inflexible la relación que los une a través de servicios que se ofertan justamente hacia las poblaciones menos favorecidas, esto genera una incompreensión que lleva a los involucrados a volverse rígidos o desconectados de los otros.

Esta crisis también se ve influenciada por los cambios en la comunicación, la forma en la que se está transmitiendo el conocimiento no se sintoniza para generar armonía, más bien dificulta cómo se relacionan las personas; en este caso, los adultos mayores pueden llegar a sentirse excluidos mientras el personal que brinda los servicios, a criterio de los participantes, puede verse impacientado por las formas y prácticas tradicionales.

El desplazamiento de los adultos mayores de este papel de líderes morales y ancestrales por la llegada novedosa de la medicina convencional involucra un desajuste en el rol cultural de las partes, lo cual llega a generar tensiones entre ellas.

Cada una de las generaciones que se han visto involucradas directa o indirectamente en este estudio, interpretan el mundo desde sus propias experiencias, luchas y conocimientos, construyendo una historia que en primera instancia parece tomar dos caminos, pero que el tiempo llevará a que se encuentren y logren converger.

7. Referencias

- Alvarado, G. M., & Salazar, M. Á. (2016). En el dolor crónico todo vale: intervenciones realizadas por adultos mayores para el alivio del dolor. *Enfermería Clínica*, 27(1), 11-20.
- Arredondo, A. (2010). Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al económico. *Salud Mental*, 33(5), 397-408.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2).
- Brenes, C. G. (2013). Factores socioeconómicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países Latinoamericanos. *Revista de Ciencias Económicas*, 31(1), 153-167.
- Campomar, M., De Marchi, R., Riva, F., & Keller, R. (2023). Percepción de calidad de vida por adultos mayores uruguayos: un estudio cualitativo. *Revista Salud y Sociedad*, 32(3), 1-15.
- Entrevistado 1, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 11, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 12, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 13, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 14, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)

- Entrevistado 15, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 18, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. C. Doumet, Entrevistador)
- Entrevistado 2, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 20, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 21, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 22, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 23, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 24, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 3, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. Álvarez Doumet, Entrevistador)
- Entrevistado 4, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 5, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 6, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 7, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 8, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Entrevistado 9, A. (Noviembre de 2024). Entrevista sobre percepción de salud mental a adultos mayores. (D. D. Álvarez, Entrevistador)
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa (4ta ed.)*. Morata.
- Gallegos-Carrillo, K., García, C., Durán, C., Reyes, H., & Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista Saúde Pública*, 40(5), 792-801.
- García-Barrera, A., Horta-Roa, L., Bautista-Roa, M., Ibáñez-Pinilla, E., & Cobo-Mejía, E. (2022). Calidad de vida y percepción de salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Revista Salud Bosque*, 12(1), 1-13.
- Jané, L. E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(89).
- Márquez, A., Azzolino, J., Giménez, C., Rodríguez, F., Otaño, D., & Martínez, P. (2020). Calidad de vida en adultos mayores, un análisis de sus dimensiones. *Revista PsiUC*, 1(6), 1-12.
- Márquez-Terraza, A. V. (2022). Representaciones sociales en las personas mayores y su influencia en el autocuidado. *Revista Cuidarte*, 13(2), 1-15.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Servicios comunitarios de salud mental fundamentados en los derechos*. Repositorio OMS.
- Salazar, I., Mendoza, D., Fiallos, E., Cevallos, A., & Tavares, A. (2016). Estudio exploratorio de salud mental y stress en la población de la provincia de Manabí, Ecuador. *Revista San Gregorio*, 1(11), 28-37.
- Véliz, A., Casanova, A., Huirimilla, J., Zavalla, Á., & Soto, A. (2022). Percepción de salud mental en sectores rurales chilenos: un estudio de caso. *Comunidad y Salud*, 20(2), 51-62.
- Waters, W., Freire, W., & Ortega, J. (2019). Desigualdades sociales y en salud en adultos mayores ecuatorianos. *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 6(2), 9-23.