



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE CUENCA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**LA SALUD MENTAL EN EL TEJIDO CULTURAL RURAL CUENCANO: VOCES DE
TERAPEUTAS Y USUARIOS SOBRE ACCESO Y ATENCIÓN, 2025.**

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Licenciada en Psicología

AUTORA: KAREN MICAELA TOLEDO ORELLANA

TUTORA: MGTR. ELISABETH JIMÉNEZ PESÁNTEZ

Cuenca - Ecuador
2025

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

Yo, Karen Micaela Toledo Orellana con documento de identificación N° 0106755796 manifiesto que:

Soy la autora y responsable del presente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Cuenca, 16 de julio del 2025

Atentamente,



Karen Micaela Toledo Orellana

0106755796

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Yo, Karen Micaela Toledo Orellana con documento de identificación N° 0106755796, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora de la Sistematización de experiencias prácticas de investigación: “La salud mental en el tejido cultural rural cuencano: voces de terapeutas y usuarios sobre acceso y atención, 2025.”, la cual ha sido desarrollada para optar por el título de: Licenciada en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 16 de julio del 2025

Atentamente,



Karen Micaela Toledo Orellana

0106755796

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Elisabeth Jiménez Pesántez con documento de identificación N° 0103221495, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: LA SALUD MENTAL EN EL TEJIDO CULTURAL RURAL CUENCANO: VOCES DE TERAPEUTAS Y USUARIOS SOBRE ACCESO Y ATENCIÓN, 2025., realizado por Karen Micaela Toledo Orellana con documento de identificación N° 0106755796, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 16 de julio del 2025.

Atentamente,

ELISABETH
JIMENEZ
PESANTEZ

Firmado digitalmente por
ELISABETH JIMENEZ
PESANTEZ
Fecha: 2025.07.16
14:28:26 -05'00'

Mgtr. Elisabeth Jiménez Pesántez

0103221495

DEDICATORIA

A mi mamá, Karina Orellana, mi mejor amiga, mi mayor inspiración, mi apoyo incondicional y mi modelo a seguir. Gracias por enseñarme con tu ejemplo a ser fuerte, perseverante y, sobre todo, humano. Cada paso que doy y cada logro conseguido es gracias a ti.

A mi abuelita Marina, por tu amor infinito, tus consejos llenos de sabiduría y por ser mi refugio en los momentos más difíciles. Tu ternura ilumina mi vida.

Y a mi gatito Loki, mi compañero fiel, que me enseñó a ver el mundo con asombro y su amor incondicional me dio una razón para seguir adelante. Aunque ya no estés a mi lado, te llevo en mi corazón y te extraño cada día. Esta tesis también es tuya.

Karen Micaela Toledo Orellana

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos los profesores que han sido parte de mi formación académica. Sus enseñanzas, dedicación y apoyo han sido fundamentales para alcanzar este logro.

A mis padres, gracias por su amor incondicional, por creer en mí en cada paso y por ser mi mayor motivación. Sin su apoyo y sacrificio, este momento no sería posible.

A mi tutora de tesis, la Mgtr. Elisabeth Jiménez Pesántez, le agradezco profundamente por su guía, paciencia, valiosos consejos durante este proceso y por sembrar en mí el amor a la psicología comunitaria. Su conocimiento y compromiso han sido esenciales para la culminación de este trabajo.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a mis compañeros por su amistad, colaboración y por los momentos compartidos durante esta etapa. Han hecho este camino más enriquecedor y llevadero.

Karen Micaela Toledo Orellana

Resumen

La atención en salud mental en zonas rurales enfrenta desafíos críticos derivados de la disparidad entre los modelos clínicos convencionales y las realidades socioculturales de estas comunidades. Este estudio de carácter cualitativo, realizado en el cantón Cuenca (Ecuador), identificó que los usuarios rurales perciben los problemas psicológicos como consecuencias a su contexto inmediato mostrando preferencia por intervenciones prácticas y comunitarias; no obstante, hay barreras que persisten, tales como el estigma que asocia la terapia con enfermedad, el desconocimiento sobre los servicios disponibles y la desconfianza hacia enfoques individualistas. Los profesionales reconocen la existencia de barreras dentro de la implementación de una atención culturalmente adecuada, destacando limitaciones en su formación académica, recursos institucionales insuficientes y tensiones con sistemas tradicionales de cuidado. Los hallazgos evidencian una necesidad por el desarrollo de modelos de atención interculturales que integren activamente las perspectivas comunitarias, prioricen estrategias preventivas y operen desde lógicas colectivas propias del mundo rural.

Palabras clave: Salud mental rural, adecuación cultural, psicología comunitaria, estigma, servicios psicológicos

Abstract

Mental health care in rural areas faces critical challenges stemming from the disparity between conventional clinical models and the sociocultural realities of these communities. This qualitative study, conducted in the canton of Cuenca (Ecuador), found that rural users perceive psychological problems as consequences of their immediate context, showing a preference for practical and community-based interventions. However, significant barriers persist, such as the stigma associating therapy with illness, lack of awareness about available services, and distrust toward individualistic approaches. Professionals acknowledge the existence of barriers in implementing culturally appropriate care, highlighting limitations in their academic training, insufficient institutional resources, and tensions with traditional healing systems. The findings underscore the need to develop intercultural care models that actively integrate community perspectives, prioritize preventive strategies, and operate based on the collective logic inherent to rural life.

Keywords: Rural mental health, cultural adaptation, community psychology, stigma, psychological services.

Índice

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	2
CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA	3
CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	4
Resumen	7
Abstract	8
1. Planteamiento del Problema	12
2. Justificación y Relevancia	14
3. Objetivos	15
3.1 Objetivo General	15
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4. Marco Teórico	16
4.1 Enfoque Psicosocial	16
4.2 Salud Mental	19
4.3 Acceso a la Salud Mental en Zonas Rurales del Ecuador	22
4.4 Barreras de Acceso a la Salud Mental.....	25
4.4.1 Estigma.....	25
4.4.2 Barreras y Facilitadores en el Acceso a Servicios de Salud Mental.....	27
4.5 Políticas Sobre la Salud Mental en el Ecuador	27
5. Categorías y Subcategorías	28
6. Supuestos.....	30
7. Marco Metodológico.....	31
7.1 Diseño de Investigación	31
7.2 Tipo de Investigación.....	32
7.3 Instrumentos y Técnicas de Producción de Datos.....	33
7.4 Aspectos Éticos.....	34
8. Población y Muestra.....	34
8.1 Universo de Trabajo	34
8.2 Tipo de muestra	35
9. Criterios de Inclusión y Exclusión	35
9.1 Criterios de Exclusión	35

9.1.1 Para usuarios.....	35
9.1.2 Para profesionales.....	35
9.2 Criterios de Inclusión	35
10. Perspectiva Metodológica.....	36
10.1 Diseño de Investigación	36
10.2 Análisis Cualitativo	36
11. Descripción de los datos producidos	36
12. Presentación de los datos descriptivos	37
12. 1 Matriz de caracterización	37
12.2 Descripción de los Resultados Cualitativos de los Usuarios de Servicios de Salud Mental en Zonas Rurales.....	38
12.3 Información Proporcionada por Profesionales de Servicios de Salud Mental en Zonas Rurales....	47
13. Interpretación	55
14. Conclusiones	68
Referencias.....	70
15. Anexos.....	74

Índice de Tablas

Tabla 1: Categorías y Subcategorías	28
Tabla 2 Características de los Participantes	37
Tabla 3 Características de los Participantes	38

1. Planteamiento del Problema

Se considera a la salud mental como un estado de armonía y bienestar que concede a cada persona las condiciones para desarrollar su potencial y habilidades de afrontamiento ante circunstancias de la vida de manera productiva y fructífera, contribuyendo así a la comunidad. El concepto de salud mental incluye también elementos como la competencia reconocimiento y autonomía (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2022).

Según la OMS (2022), aproximadamente una de cada ocho personas a nivel mundial presenta algún trastorno mental, lo que confirma que es necesaria la implementación de servicios de salud mental ampliamente eficientes, eficaces además accesibles, a fin de brindar un desarrollo integral y una buena calidad de vida a quienes presentan estas condiciones, generando un impacto significativo en la vida de muchas personas.

En toda sociedad, los servicios de salud mental resultan indispensables para garantizar la calidad de vida de sus habitantes y su bienestar. Sin embargo, en el contexto ecuatoriano, existen variables como las brechas económicas y sociales que representan una dificultad para el acceso equitativo a dichos servicios (Anderson et al., 2024).

Cuando hablamos de barreras culturales y sociales, nos referimos a los obstáculos que enfrentan personas de diferentes orígenes culturales o grupos sociales al intentar acceder a atención en salud mental (Chibás, 2024).

En las zonas rurales de América Latina, incluyendo Ecuador, persisten creencias tradicionales sobre la salud mental que contrastan con los enfoques profesionales de la salud. Para muchos pacientes rurales, los problemas psicológicos y la ideación suicida no se perciben como condiciones médicas, sino como resultado de fuerzas espirituales o debilidades personales. Los profesionales de la salud mental suelen ser urbanos, por lo que, pueden no comprender

plenamente estas dinámicas culturales. Este distanciamiento geográfico y cultural representa una limitante al momento de garantizar un acceso a la salud mental en comunidades rurales (Serrano, 2024).

En muchas comunidades rurales del Cantón Cuenca, existe una desconfianza generalizada hacia los profesionales de la salud mental, quienes son percibidos como ajenos a la cultura local. Esta desconfianza se debe, en parte, a las diferencias en el lenguaje, los valores y las prácticas entre profesionales y pacientes (Ortiz, 2022). La Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador (LOSM, 2022) promueve un enfoque intercultural, comunitario y descentralizado, que busca garantizar el acceso a servicios de salud mental para todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o contexto cultural; no obstante, depende de la implementación adecuada de estas políticas, lo cual puede generar una brecha entre las normativas existentes y la realidad de los servicios de atención psicológica.

A nivel de América Latina, se evidencia que las comunidades rurales de la región atraviesan desigualdades dentro del acceso a la atención psicológica (AP). La evidencia regional demuestra que las comunidades rurales e indígenas latinoamericanas enfrentan profundas inequidades en el acceso a los servicios de salud mental. En estudios como los de Alarcón (2018) y Kohn et al. (2018), se han identificado principalmente estas barreras estructurales: el estigma cultural relacionado con los trastornos mentales y la centralización urbana de los servicios de salud.

Como ejemplo, podemos tomar el caso de un estudio desarrollado en Colombia, donde se documenta que solo el 37.5% de las personas que presentan problemas de salud mental buscó atención profesional. Aunque el 94% de quienes lo intentaron lograron acceder a los servicios, estos datos revelan que las barreras predominantes en los servicios de AP ocurren principalmente

en la fase de búsqueda de atención. Esto se debe a factores culturales, como las normas sociales, y factores geográficos, como la ubicación de los centros de atención, que suelen estar en zonas urbanas (González et al., 2016).

Por otro lado, en el contexto ecuatoriano, situado en la ciudad de Cuenca, los reportes de la OPS (2020) evidencian que la mayor tasa de deserción terapéutica y subdiagóstico proviene de usuarios de comunidades rurales, como consecuencia directa de protocolos clínicos rígidos y descontextualizados que no incorporan perspectivas interculturales.

2. Justificación y Relevancia

La diversidad cultural y lingüística son elementos que enriquecen a las sociedades latinoamericanas; sin embargo, esta amplia diversidad puede convertirse en un factor que influye en la calidad de la atención en los servicios AP. Esto se debe a la descontextualización y la poca difusión de los programas de atención y prevención psicológica, lo que hace que dichos programas sean percibidos por la comunidad como ajenos a sus valores, conocimientos y prácticas culturales (Ortiz, 2022).

La salud mental es uno de los factores clave para una buena calidad de vida y un bienestar integral. No obstante, los servicios de salud mental muchas veces no tienen el alcance óptimo en zonas rurales, lo cual representa un desafío complejo en el acceso a los tratamientos y planes preventivos, debido a implicaciones socioculturales como creencias tradicionales, estigmas, las diferentes interpretaciones de los trastornos mentales y la aplicación de métodos terapéuticos basados en contextos ajenos (Ceballos y Quijano, 2024).

A nivel de América Latina y particularmente en Ecuador, la falta de contextualización de los servicios de atención en salud mental resulta en una limitante que afecta su calidad. La presente investigación, desde un enfoque cualitativo, busca analizar la perspectiva de los actores

clave dentro de los servicios de AP del cantón Cuenca, tanto usuarios como terapeutas, respecto a los aspectos culturales presentes en dichos servicios. Por un lado, los usuarios se ven afectados por la disposición económica y geográfica de los servicios especializados y el estigma social hacia los trastornos mentales; por otro, los terapeutas enfrentan limitaciones como la insuficiente formación académica en competencias interculturales y la dificultad para establecer una alianza terapéutica efectiva. Este contraste de perspectivas permite identificar falencias en el proceso psicoterapéutico enmarcado en el contexto de la ruralidad.

En cuanto a la relevancia de esta investigación, esta es de carácter social, ya que los resultados pueden contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de AP para personas que residen en comunidades rurales. La relevancia radica en visibilizar los aspectos culturales involucrados en la salud mental y la intervención psicológica, con el fin de identificar elementos que facilitan o dificultan tanto el proceso psicoterapéutico como la alianza terapéutica entre usuario y profesional.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Analizar la percepción de los factores culturales que inciden en la atención de servicios de salud mental, desde la perspectiva de terapeutas y usuarios en comunidades rurales del cantón Cuenca durante el año 2025.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las creencias, prácticas tradicionales y significados culturales asociados a la salud mental en pobladores rurales del cantón Cuenca, analizando su impacto en la aceptación y uso de los servicios psicológicos formales.
- Comprender cómo los profesionales de salud mental definen la "adecuación cultural" en el contexto específico de la atención en contextos rurales.
- Analizar las posibles convergencias y divergencias entre las creencias y prácticas culturales de los usuarios y las percepciones y prácticas de los profesionales de salud mental en el contexto de la atención en salud mental rural.

4. Marco Teórico

4.1 Enfoque Psicosocial

Diversas ramas de la psicología han adoptado tanto en su teoría como en la práctica el concepto de lo psicosocial, lo que ha generado una definición poco clara y muy diversa del término; sin embargo, la redefinición de lo psicosocial ofrece una visión integral que se extiende hacia otras áreas de la psicología (Alvis Rizo, 2009).

Uno de los objetivos principales del enfoque psicosocial es superar la dualidad entre la realidad sociocultural del sujeto y su dinámica personal interna. Mientras las corrientes tradicionales de la psicología tienden a separar los aspectos individuales de los sociales, el enfoque psicosocial concibe estos dos elementos como interrelacionados y plantea su interdependencia (Quintana et al., 2018).

El enfoque psicosocial implica una integración y comprensión de las diferentes dimensiones comportamentales del ser humano y sus implicaciones éticas; por lo que este enfoque contribuye significativamente a los servicios de atención psicológica (AP) al proporcionar un marco aplicable en diversas disciplinas, abordando distintas formas de marginación social que se expresan a través de situaciones de vulnerabilidad como violencia intrafamiliar, pobreza o adicciones (Martín-Baró, 1998).

Otra característica fundamental de este enfoque psicosocial es su pluralismo teórico, el cual incorpora perspectivas como el psicoanálisis, las teorías feministas o la fenomenología (Frosh, 2003); la psicología comunitaria en Latinoamérica adopta una postura crítica frente a las condiciones de vida presentes en las comunidades, analizando las estructuras sociales y sus procesos de naturalización de la desigualdad (Martín-Baró, 1998).

La AP con enfoque psicosocial incluye a la participación social como un elemento clave en este proceso, los miembros de la comunidad forman parte activa de la transformación social desarrollando los recursos que disponen y empoderando a los actores comunitarios, lo cual también permite redefinir colectivamente los problemas, rompiendo con el asistencialismo tradicional y creando nuevas formas de relación social basadas en el compromiso, la conciencia y el pensamiento crítico (Montero, 2003).

El enfoque psicosocial transforma radicalmente el rol del profesional en la atención psicológica (AP), desplazando la tradicional posición de superioridad hacia un modelo de interacciones horizontales donde el terapeuta asume funciones de acompañante o facilitador en los procesos de cambio (Quintana et al., 2018).

Otro aspecto fundamental de este enfoque es su énfasis en los niveles preventivos de la psicología por encima de los rehabilitadores, orientando la AP hacia la creación de condiciones para el bienestar psicosocial mediante la participación activa de los sujetos y comunidades; además de su orientación hacia las fortalezas y recursos disponibles más que en las carencias, integrando además la diversidad sociocultural y sus múltiples expresiones subjetivas en el ámbito colectivo (Frosh, 2003). Esta perspectiva valora igualmente los recursos comunitarios frente a imposiciones teóricas externas, fomentando la integración de un pluralismo metodológico que reconoce tanto los enfoques cualitativos como cuantitativos dentro de la investigación psicosocial (Frosh, 2003).

El desarrollo histórico de este enfoque responde a factores clave como la creciente atención al cambio social y su impacto en las dinámicas humanas actuales, la superación de perspectivas psicológicas reduccionistas hacia miradas más integrales, y el surgimiento de equipos multidisciplinarios que combinan saberes de la psicología y disciplinas como la educación, el trabajo social, entre otros campos; estos elementos han llegado a configurar los márgenes teóricos y prácticos del modelo (Alvis Rizo, 2009).

La dignidad humana, el apoyo mutuo, la participación comunitaria, la solidaridad, la calidad de vida, los derechos humanos y la equidad de género son principios orientados al desarrollo integral en salud mental que sostienen este enfoque; estos fundamentos deben materializarse en prácticas concretas que reconozcan a las personas como agentes activos de transformación social, promoviendo dinámicas relacionales basadas en el respeto y la valoración mutua (Quintana et al., 2018).

Partiendo de esta perspectiva, la AP entiende al ser humano como un sujeto en constante construcción colectiva, sin visiones individualistas predominantes en otros enfoques

psicológicos, ya que concibe a la persona como la fusión entre factores biológicos, psicológicos, históricos, sociales, culturales, económicos y políticos que interactúan mediante procesos simbólicos y comunitarios, compartiendo significados que componen la experiencia humana (Rodríguez y Uriol, 2023).

Desde esta perspectiva, el investigador resulta ser un sujeto activo que participa e interviene en la comunidad, rechazando el rol de observador pasivo y externo, ya que su labor requiere integrarse en la realidad que estudia para comprender a profundidad las dinámicas y lógicas propias del contexto específico. Esta posición implica reconocer que la realidad no es independiente del sujeto que la observa, como sostuvo Martín-Baró (1985), sino que se construye en una relación dialéctica entre ambos.

Martín-Baró (1985) argumenta que fenómenos como el miedo, la alienación o la resistencia solo pueden comprenderse cuando se analizan en relación con las estructuras coloniales de poder, la dependencia económica y los movimientos populares; su trabajo revela cómo mecanismos psicológicos, como la internalización de la inferioridad o el conformismo religioso, contribuyen a mantener sistemas de opresión.

4.2 Salud Mental

Los primeros acercamientos de lo que hoy en día conocemos como salud mental tienen su origen en la filosofía griega, donde se abordaba bajo la idea de "excelencia humana", los pensadores de la época concebían el bienestar como un estado de armonía en el que el individuo desarrollaba su potencial con equilibrio, vinculando la salud psíquica con la física (Hiriart, 2018).

Sin embargo, Foucault (1998), revela cómo el conocimiento sobre los trastornos mentales se ha utilizado como instrumento de control social; durante la época clásica, los discursos sobre la "ausencia de salud mental" justificaron la vigilancia y exclusión de quienes presentaban alteraciones psicológicas, estableciendo relaciones de poder institucionalizadas (Bedoya et al., 2020). Este enfoque puede ser vinculado con los análisis de Martín-Baró (1986) acerca de los mecanismos de marginación en América Latina que señalan que la exclusión de personas con problemas mentales resulta un medio que opera fundamentalmente a un nivel político y para mantener las órdenes sociales desiguales mediante la segregación de aquellos que no se ajustan a los patrones de productividad y racionalidad dominantes (Martín Baró, 1986).

De esta manera tanto los aportes de Foucault como los de Baró revelan que la patologización en la psicología cumple la función de naturalizar la segregación además donde la marginación psiquiátrica se intersecta con la exclusión de clase, etnia y territorio. En el contexto ecuatoriano, esta exclusión se manifiesta en la desatención a los de servicios de AP en zonas rurales y la estigmatización cultural de las prácticas terapéuticas comunitarias.

La salud mental se puede definir como el estado de bienestar psicológico que permite al sujeto actuar asertivamente frente a situaciones de alto estrés, desarrollar sus potenciales, realizar sus actividades cotidianas con normalidad y contribuir activamente a su entorno social. La salud mental constituye un componente fundamental de la salud integral, ya que comprende la base de las facultades individuales y colectivas en la toma de decisiones y es fundamental para el ejercicio de nuestras capacidades en la construcción de relaciones significativas, la toma de decisiones y la transformación del entorno. Se reconoce a la salud mental como un derecho humano básico que incluye el progreso personal, comunitario y socioeconómico (Bedoya et al., 2020).

Gonzalo Miranda (2018) plantea la complejidad de definir el concepto de salud mental más allá de la simple ausencia de patologías, ya que sugiere que la salud mental emerge de la interacción entre el individuo y su entorno social, formando vínculos y dinámicas comunitarias. Esta perspectiva busca ir más allá del énfasis tradicional en las capacidades individuales o la ausencia de un trastorno y señala a la salud mental como un proceso dinámico y multifacético que varía entre individuos y presenta diferentes grados de complejidad. En la ruralidad ecuatoriana, las problemáticas relacionadas al acceso a la salud mental engloban tanto barreras en el diagnóstico clínico como en las condiciones psicosociales arraigadas en el contexto comunitario; esta correlación dista de ser uniforme, ya que la percepción y manejo de estos problemas varían significativamente según los significados culturales atribuidos a la salud mental en las comunidades.

La salud mental se constituye por factores de carácter individual, social y estructural que pueden resultar tanto positivos como negativos para el bienestar psicológico; por un lado están las características personales como las capacidades emocionales, el consumo de sustancias o la predisposición genética que suelen incrementar la vulnerabilidad ante problemas psicológicos; por otro lado, las circunstancias adversas del entorno como situaciones de pobreza, violencia, desigualdad social o deterioro ambiental representan importantes factores de riesgo (Bedoya et al., 2020).

Estos elementos pueden estar presentes en cualquier etapa de la vida, pero resultan especialmente influyentes durante los períodos críticos del desarrollo, como la primera infancia; sin embargo, también existen factores protectores que promueven el bienestar y la resiliencia. Entre estos factores protectores encontramos las habilidades socioemocionales, las relaciones interpersonales positivas, calidad de condiciones de vida, educación de calidad, empleos dignos,

seguridad y tejido social cohesionado. Estos determinantes operan en múltiples niveles, desde el sistema familiar hasta sistemas más amplios que pueden afectar a poblaciones enteras, como en el caso de una pandemia (Hiriart, 2018).

Es importante destacar que ningún factor por sí solo es determinante en la salud mental. Un individuo puede estar expuesto a factores de riesgo y no desarrollar problemas psicológicos, mientras que otros sin factores predisponentes aparentes pueden experimentarlos. La clave es la interacción dinámica de todos estos elementos, que en conjunto conforman el bienestar psicológico de las personas y comunidades (Bedoya et al., 2020).

Esta interacción de factores protectores y de riesgo adquiere especial relevancia dentro del contexto rural ecuatoriano, donde las condiciones estructurales agravan las vulnerabilidades en materia de derechos de salud mental. Los determinantes psicosociales que operan a múltiples niveles, desde las dinámicas familiares hasta los sistemas comunitarios, los cuales se ven particularmente afectados por las limitaciones en el acceso a servicios especializados y la escasa disponibilidad de profesionales capacitados. Como señala Suárez et al. (2021), esta situación demanda intervenciones integrales que no solo aborden los factores individuales de protección, sino que también fortalezcan los sistemas de atención en zonas rurales, donde la combinación de adversidades socioeconómicas y barreras de acceso configura un escenario de doble vulnerabilidad para la salud mental de sus habitantes.

4.3 Acceso a la Salud Mental en Zonas Rurales del Ecuador

Actualmente en Ecuador se han incrementado preocupantemente los problemas de salud mental, lo que demanda una respuesta por parte de las autoridades del país de forma inmediata. El limitado acceso a los servicios de AP formales y el desconocimiento generalizado acerca de

los recursos disponibles agravan la situación. Según Suárez et al. (2021), resulta menester mejorar el acceso a la atención psicológica, ampliar la cobertura de los seguros de salud y garantizar una adecuada formación de profesionales especializados en este campo.

En el contexto ecuatoriano podemos evidenciar como estos desafíos se profundizan. Según el INEC (2024), la pobreza por ingresos a nivel nacional en junio de 2024 se ubica en 25,5% mientras que la pobreza urbana es de 17,2%, la pobreza en el área rural es de 43,2% y el 10.6% en pobreza extrema, con una tasa de desempleo del 4.3%. A pesar de que el sistema público es la principal opción para este sector de la población, el presupuesto para salud mental sigue siendo insuficiente: el Ministerio de Salud Pública (2024) reportó una asignación de 1.918.506,26 USD para servicios de atención psicológica, lo que representa una disminución en comparación con los 2599571.4 USD registrados en el año 2015 (MSP, 2023). Wong et al.(2022), evidencia la persistente brecha entre necesidades y recursos, particularmente en zonas rurales donde el acceso a especialistas es limitado. Guarderas et al. (2021) confirman este contraste al evidenciar que la asignación presupuestaria para salud mental resulta significativamente menor en relación con otras áreas de salud.

A pesar de la implementación en Ecuador de modelos de atención en salud mental como; el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), impulsado por el Ministerio de Salud Pública; paralelamente, el Modelo de Atención Psicosocial, derivado de la Ley Orgánica de Salud Mental (2021), incorpora perspectivas interculturales y de derechos humanos, reconociendo la importancia de articular prácticas ancestrales con la medicina occidental. desde hace aproximadamente una década, su ejecución no ha logrado los resultados esperados. Camas (2018) identifica como principal obstáculo la insuficiente asignación de recursos, que ha derivado en escasez de profesionales especializados y centros de atención adecuados. Esta

situación se ve agravada por las barreras económicas que enfrenta la población, lo que resulta en la necesidad de una reforma profunda del sistema para garantizar mayor cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios de salud mental (Camas, 2018).

La pandemia por COVID-19 puso en evidencia la grave desatención histórica de la salud mental en Latinoamérica. La crisis sanitaria reveló la importancia crucial de los servicios psicológicos, aunque persiste una alarmante falta de priorización política. En Ecuador, a pesar del reconocimiento formal de la salud mental como un derecho fundamental, Henao et al. (2016) documentan graves deficiencias: falta de capacitación del personal de salud, distribución inequitativa de los servicios, ausencia de mecanismos de evaluación del cumplimiento de este derecho, y una tendencia a asociar los problemas de salud mental exclusivamente con las condiciones de subdesarrollo.

Esta realidad demanda acciones urgentes y coordinadas que trasciendan el reconocimiento formal de derechos para materializarse en políticas públicas efectivas, con asignación presupuestaria adecuada, formación especializada de recursos humanos y sistemas de evaluación permanentes que garanticen el acceso equitativo a servicios de calidad en todo el territorio nacional (Jiménez, 2019)

Los datos revelan una preocupante realidad regional: el 46% de los países sudamericanos destina apenas entre el 2% y 5% de su presupuesto sanitario anual a la atención de salud mental, porcentajes claramente insuficientes para cubrir las necesidades de la población. Ecuador forma parte del 30% de naciones con menor inversión en este rubro, al asignar menos del 2% de su presupuesto de salud a este campo (Suárez et al., 2021).

La situación ecuatoriana se agrava por la escasez de investigaciones epidemiológicas sobre la incidencia, prevalencia y factores determinantes de los trastornos mentales, lo que sugiere la existencia de un importante subregistro estadístico. A esta carencia de datos se suma una evidente falta de infraestructura: el país no cuenta con una red integral de servicios de salud mental, y los existentes en el sector público son limitados e inadecuados para atender la creciente demanda de atención psicológica y psiquiátrica. (Suárez et al., 2021).

Esta combinación de baja inversión económica, ausencia de datos confiables y oferta insuficiente de servicios configura un escenario crítico para la atención de la salud mental en Ecuador, situación que refleja y perpetúa la histórica marginalización de este componente esencial del bienestar colectivo dentro de las políticas públicas sanitarias del país (Suárez et al., 2021).

4.4 Barreras de Acceso a la Salud Mental

4.4.1 Estigma

Se entiende al estigma como un elemento de la sociocultura mediante el cual a los miembros de una comunidad marginada se les asigna etiquetas por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables (Gonzales, 2019). Este proceso de construcción social dinámico se puede manifestar en tres aspectos del comportamiento: estereotipos, prejuicios y discriminación.

El estudio de la estigmatización en salud mental revela un conjunto complejo de conceptos interrelacionados con consecuencias significativas para individuos y comunidades. El estigma ocurre cuando las personas con condiciones de salud mental son etiquetadas socialmente

como "indeseables", un proceso histórico que reduce la complejidad humana a una sola característica negativa. Esta marca social opera como mecanismo de simplificación que agrupa bajo una misma etiqueta negativa a quienes presentan síntomas de trastornos mentales, sin considerar sus particularidades individuales (Gonzales, 2019).

Cuando estas representaciones negativas se cristalizan en imágenes sociales rígidas, emergen los estereotipos, que atribuyen características uniformes a un colectivo basándose únicamente en su condición de salud mental. Al cargarse de valoraciones predominantemente negativas, estos estereotipos generan prejuicios: juicios anticipados desfavorables que posicionan a las personas en situaciones de descrédito. Estos procesos cognitivo-afectivos se materializan en discriminación, mediante prácticas sistemáticas de exclusión que vulneran derechos fundamentales (Campo et al., 2014).

La experiencia estigmatizante debe analizarse desde una doble perspectiva relacional; por un lado, quienes ejercen el estigma, sustentados en representaciones sociales negativas que orientan su conducta; por otro, quienes lo padecen, experimentando lo que se denomina estigma percibido en sus interacciones cotidianas. Además, muchos individuos internalizan estas valoraciones negativas, desarrollando autoestigma, proceso mediante el cual incorporan y reproducen los juicios despectivos sobre sí mismos, agravando su sufrimiento y aislamiento (Campo et al., 2014).

Estos fenómenos constituyen fuerzas psicosociales concretas que determinan trayectorias vitales, acceso a derechos y oportunidades de inclusión. La estigmatización en salud mental opera en múltiples niveles, individual, interpersonal, institucional y cultural, configurando un entramado de exclusiones que refuerza desigualdades y vulnerabilidades preexistentes. Comprender esta complejidad resulta fundamental para diseñar intervenciones que fomenten una

auténtica inclusión y respeto por la diversidad en el ámbito de la salud mental (Campo et al., 2014).

4.4.2 Barreras y Facilitadores en el Acceso a Servicios de Salud Mental

Un estudio sistemático identificó que las principales barreras que afectan a poblaciones con menores recursos socioeconómicos incluyen: los altos costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes diagnósticos; el temor o vergüenza para acudir a centros de salud; la desconfianza hacia los profesionales y tratamientos médicos; y el estigma social asociado a creencias erróneas sobre las condiciones de salud (Hirmas et al., 2013).

Como contraparte, los elementos facilitadores más relevantes incluyen las redes de apoyo social sólidas, la valoración positiva de la atención psicológica para fomentar la prevención, y la adaptación de los servicios sanitarios a las necesidades específicas de los pacientes mediante programas de manejo integral (Hirmas et al., 2013).

Un hallazgo preocupante es la falta de estudios que analicen estas barreras y facilitadores desde la perspectiva de los propios actores del sistema de salud, lo que revela una brecha importante en la comprensión integral del fenómeno; las dificultades económicas interactúan con factores psicosociales y culturales, generando barreras complejas que requieren abordajes multidimensionales para garantizar acceso equitativo a la atención sanitaria (Hirmas et al., 2013).

4.5 Políticas Sobre la Salud Mental en el Ecuador

La Ley Orgánica de Salud Mental (LOSM, 2024) del Ecuador representa un avance significativo al reconocer explícitamente la diversidad cultural como pilar fundamental en la atención psicológica, además promueve un enfoque intercultural que busca superar las barreras

culturales en el acceso a servicios de salud mental, especialmente en zonas rurales e indígenas. La ley hace hincapié en la necesidad de articular los saberes ancestrales con los enfoques biomédicos convencionales, estableciendo como mandato la participación activa de las comunidades en los procesos de prevención y atención (Artículo 14); sin embargo, su implementación enfrenta importantes desafíos estructurales, como la escasez de profesionales en áreas rurales, la formación insuficiente de profesionales en competencias interculturales y la persistencia de estigmas institucionales hacia las prácticas tradicionales de salud.

5. Categorías y Subcategorías

Tabla 1 muestra las categorías y subcategorías que serán analizadas en la investigación.

Tabla 1: Categorías y Subcategorías

Categoría Principal	Subcategoría	Definición
1. Percepción de la Salud Mental en Usuarios de Servicios Psicológicos del Área Rural	1.1 Concepciones de problemas de salud mental	Explicaciones tradicionales y psicosociales sobre el malestar psicológico.
	1.2 Consecuencias y manifestaciones de los Problemas de Salud Mental	Examina cómo se manifiestan y afectan los problemas de salud mental en la vida individual, familiar y social de los usuarios rurales.

	<p>1.3 Percepción de los servicios de atención en salud mental</p>	<p>Impacto de las creencias culturales de los usuarios en la disposición para usar servicios psicológicos.</p>
	<p>1.4 Percepción de la Atención Psicológica Recibida</p>	<p>Nivel de aceptación/rechazo social hacia problemas y tratamientos de salud mental.</p>
<p>2. Prácticas Tradicionales de Cuidado</p>	<p>2.1 Agentes y métodos tradicionales</p> <p>2.2 Valoración de prácticas tradicionales</p>	<p>Roles de curanderos, líderes religiosos y uso de rituales/hierbas medicinales.</p> <p>Confianza comparativa entre métodos ancestrales y servicios formales de salud mental.</p>
<p>3. Percepción de la Salud Mental en el Área Rural: Perspectivas de los Profesionales</p>	<p>3.1 Profesionales de la Salud Mental: Percepción de la Atención Recibida por Usuarios Rurales</p> <p>3.2 Estrategias para Mejorar la Comprensión</p>	<p>Percepción de los profesionales respecto a la de sus intervenciones en usuarios rurales,</p> <p>Examina las estrategias propuestas por profesionales para mejorar la</p>

	de la Salud Mental en Zonas Rurales	comprensión y aceptación de la salud mental en zonas rurales
	4.1 Elementos Clave de la Adecuación Cultural empleadas por Profesionales	Factores que los profesionales consideran esenciales para atención culturalmente pertinente
4 Percepción de Adecuación Cultural de la atención en salud mental (Profesionales)	4.2 Formación académica específica en competencias culturales	Habilidades necesarias para adaptar intervenciones a contextos rurales
	4.3 Desafíos para la adecuación	Barreras lingüísticas, geográficas y de formación profesional que limitan la atención intercultural.

Nota. Elaborado por la autora.

6. Supuestos

- Se presume que las comunidades rurales priorizarán sistemas explicativos tradicionales sobre los modelos biomédicos, generando desconfianza hacia los servicios psicológicos formales.

- Los profesionales de salud mental en zonas rurales reproducen estereotipos sociales sobre la población rural y sobre las prácticas ancestrales asociadas a la salud mental, lo que profundiza barreras comunicativas.

7. Marco Metodológico

La investigación cualitativa se define como "un enfoque metodológico que busca entender determinados fenómenos mediante de la recopilación y análisis de datos no numéricos, centrándose en el pensar, sentir y actuar de los participantes" (Salazar-Escorcía, 2020). Este enfoque se distingue por su capacidad para explorar la complejidad de los significados sociales, privilegiando la profundidad interpretativa sobre la generalización estadística, resultando particularmente valiosa cuando el objetivo es comprender procesos sociales, culturales o psicológicos desde una perspectiva interna de los actores involucrados. Otra característica fundamental de este enfoque es su naturaleza flexible y emergente, ya que no sigue un protocolo rígido, sino que se adapta progresivamente para incorporar nuevos hallazgos que surgen durante la interacción con los participantes manifestada en técnicas como las entrevistas, donde el diálogo fluido permite descubrir las dimensiones del fenómeno estudiado, o en la observación etnográfica, que captura el contexto natural donde se desarrollan los comportamientos.

7.1 Diseño de Investigación

La presente investigación cuenta con un diseño no experimental, lo que implica que no se realiza una determinación aleatoria de los participantes, ni manipulación deliberada de variables, ni establecimiento de grupos de comparación controlados, sino que se basa en la observación natural de los fenómenos sin intervención en las variables de estudio. Al adoptar este enfoque metodológico, la investigación se enfoca en analizar las situaciones y comportamientos tal como

ocurren en su contexto natural, lo que permite examinar las relaciones entre variables sin alterar las condiciones existentes, lo cual resulta útil cuando no es ética o prácticamente viable manipular las variables de interés, o cuando el objetivo principal es describir y analizar fenómenos en su estado natural sin introducir cambios artificiales en el entorno de estudio (Mugira, 2024).

7.2 Tipo de Investigación

La investigación descriptiva constituye un enfoque metodológico fundamental en las ciencias sociales y de la salud, caracterizado por su aplicación sistemática para recopilar, analizar e interpretar información relevante sobre fenómenos, situaciones o problemáticas concretas en su entorno natural mediante la observación y documentación rigurosa de las características, comportamientos y condiciones presentes en una realidad específica, sin pretender establecer relaciones causales o manipular variables Stewart (2025) señala que el valor de este tipo de investigación radica en su capacidad para proporcionar una representación fidedigna y detallada de los hechos estudiados, sirviendo como base fundamental para futuros análisis explicativos o predictivos. Este enfoque permite capturar la complejidad de los fenómenos sociales en su contexto real de forma empírica, respetando su naturaleza multidimensional y las interacciones que los configuran; lo cual; en el ámbito de la salud mental comunitaria, particularmente en contextos rurales, adquiere especial relevancia al facilitar la comprensión de las dinámicas culturales, las percepciones locales y las prácticas cotidianas que influyen en los procesos de atención psicológica, ofreciendo así un marco de referencia esencial para el desarrollo de intervenciones culturalmente pertinentes.

7.3 Instrumentos y Técnicas de Producción de Datos

Para la recolección de datos en esta investigación, se ha determinado utilizar entrevistas semiestructuradas como principal instrumento, dado que este método permite obtener información profunda y detallada sobre las percepciones y experiencias de los participantes, además su flexibilidad permite explorar aspectos emergentes durante el diálogo, lo cual facilita la comprensión de los significados culturales asociados a la salud mental desde la perspectiva de los actores involucrados, manteniendo un equilibrio entre la estructura necesaria para abordar los temas centrales de la investigación y la apertura para captar matices relevantes en los discursos de los participantes.

El procedimiento de aplicación de las entrevistas se desarrollará en varias etapas cuidadosamente planificadas, empezando por la elaboración de un guion de entrevista que contendrá preguntas clave organizadas en torno a los objetivos específicos del estudio y las categorías planteadas. Este guion viene a ser la base para mantener la coherencia temática en todas las entrevistas, permitiendo adaptar el flujo de la conversación según las particularidades de cada participante. Las preguntas serán diseñadas con un lenguaje claro y accesible, evitando tecnicismos que puedan dificultar la comunicación.

Posteriormente, se procederá a la selección de los participantes, la cual se realizará mediante un muestreo intencional basado en criterios de inclusión predefinidos que garanticen la representatividad de los grupos de interés; para el caso de los usuarios de servicios de salud mental, se buscará incluir a personas adultas residentes en zonas rurales del cantón Cuenca que hayan acudido a atención psicológica, considerando diversidad en género y edad. En cuanto a los profesionales, se seleccionarán terapeutas con experiencia de trabajo en contextos rurales. Este

proceso de selección será fundamental para captar la variedad de perspectivas existentes y asegurar que los datos recolectados reflejen la complejidad del fenómeno estudiado.

7.4 Aspectos Éticos

La presente investigación se rige por los principios éticos fundamentales de autonomía, beneficencia y no maleficencia, implementando un consentimiento informado previo que será obtenido de manera voluntaria, escrita y firmada por cada participante después de una explicación clara y detallada sobre los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados, el uso previsto de los datos y las medidas de confidencialidad adoptadas; de igual manera los participantes tendrán derecho a retirarse en cualquier momento del proceso sin consecuencia alguna, mientras que sus datos personales serán protegidos mediante protocolos estrictos que incluyen anonimización, acceso restringido solo a investigadores autorizados, almacenamiento en plataformas seguras y eliminación programada de la información sensible.

8. Población y Muestra

8.1 Universo de Trabajo

Está construida por 4 adultos (2 mujeres y 2 hombres) residentes de zonas rurales del cantón Cuenca que acudan/acudieron a servicios de atención psicológica y 3 profesionales de la salud mental que trabajen con pacientes residentes en zonas rurales.

8.2 Tipo de muestra

El tipo de muestra implementado es de carácter no-probabilística e intencionada debido al enfoque cualitativo de la presente investigación. Se seleccionará a los participantes a partir de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, además se tomará en cuenta de disponibilidad de los participantes y su accesibilidad.

9. Criterios de Inclusión y Exclusión

9.1 Criterios de Exclusión

9.1.1 Para usuarios

- Personas con diagnósticos de trastornos neurocognitivos graves con limitada capacidad de consentimiento o participación.
- Usuarios en crisis agudas al momento del estudio.

9.1.2 Para profesionales

- Personal en formación.
- Profesionales que solo atiendan en contextos urbanos.

9.2 Criterios de Inclusión

- Edad ≥ 18 años: Garantiza autonomía en el consentimiento informado.
- 6 meses de experiencia profesional: Asegura que terapeutas tengan conocimiento del contexto rural.

10. Perspectiva Metodológica

La investigación cualitativa implica la recopilación y el análisis de los datos que reflejan opiniones emociones comportamientos y experiencias que ayudan a comprender la subjetividad de los conceptos abordados en la investigación (Salazar-Escorcía, 2020).

10.1 Diseño de Investigación

La presente investigación cuenta con un diseño no experimental, lo que implica que no cuenta con una determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación, por lo tanto, se basa en la observación natural sin intervención en las variables (Muguira, 2024).

10.2 Análisis Cualitativo

La información se recogió a través de entrevistas semiestructuradas, realizadas previo consentimiento informado de los participantes. Una vez obtenidas las respuestas, estas fueron transcritas de manera fiel y organizadas en una base de datos en Excel para facilitar su posterior análisis.

11. Descripción de los datos producidos

Los datos presentados en este estudio provienen de entrevistas realizadas en zonas rurales de Cuenca como Nulti, Paccha y Baños. Para la recopilación de información, se identificó a dos grupos clave: por un lado, residentes de estas áreas que actualmente reciben atención psicológica, y por otro, profesionales de la salud mental que brindan sus servicios en dichas localidades. Cada participante firmó un consentimiento informado antes de su participación, y para proteger su identidad, se les asignó un código confidencial.

Las entrevistas se llevaron a cabo en junio de 2025, con una duración promedio de 25 minutos. Los participantes incluyeron a cuatro usuarios de servicios psicológicos (dos hombres y dos mujeres, con edades entre 42 y 58 años, dedicados al comercio) y tres profesionales de la salud mental (todas mujeres, dentro del mismo rango de edad). Todos los usuarios entrevistados se encontraban en tratamiento activo al momento del estudio.

12. Presentación de los datos descriptivos

Los resultados reflejan las percepciones, emociones, creencias y experiencias expresadas por los participantes durante las entrevistas. Dado el enfoque cualitativo del estudio, se priorizó el análisis de los testimonios más significativos, respetando la interpretación personal que cada individuo hizo de las preguntas planteadas. Cabe destacar que, en esta sección, se presentan únicamente los hallazgos más relevantes derivados de dichos relatos.

12.1 Matriz de caracterización

A continuación, se dan a conocer las tablas con las características de los participantes

Tabla 2 Características de los Participantes

Usuarios						
Código	del	Sexo	Edad	Zona	de	Asiste a servicios
Participante				Residencia	de	atención
						psicológica
P-M-42-06/25		Femenino	42	Paccha		Sí
M-M-44-06/25		Femenino	44	Baños		Sí
C-H-50-06/25		Masculino	50	Nulti		Sí

M-H-58-06/25	Masculino	58	Baños	Sí
---------------------	-----------	----	-------	----

Nota. Elaborado por la autora.

Tabla 3 Características de los Participantes

Profesionales			
Código	Sexo	Edad	Brinda atención psicológica en zonas rurales
L-M-06/25	Femenino	37	Sí
A-M-06/25	Femenino	33	Sí
T-M-06/25	Femenino	37	Sí

Nota. Elaborado por la autora.

12.2 Descripción de los Resultados Cualitativos de los Usuarios de Servicios de Salud Mental en Zonas Rurales

1. Percepción de la Salud Mental en Usuarios de Servicios Psicológicos del Área Rural

Esta dimensión aborda los sistemas de conocimiento, representaciones y significados que los participantes del estudio residentes de las zonas rurales de Cuenca utilizan para comprender los problemas de salud mental, incluyendo tanto las concepciones tradicionales (como las atribuciones a factores espirituales, religiosos o sobrenaturales) como las explicaciones psicosociales locales; además examina las actitudes comunitarias hacia los padecimientos psicológicos y contrasta estas visiones con los modelos clínicos de los profesionales de salud mental, documentando tanto las convergencias como las divergencias entre ambos sistemas de conocimiento, todo ello basado en los testimonios directos recogidos durante la investigación.

1.1 Subcategoría: Concepción de los Problemas de Salud Mental

Esta categoría indaga acerca de los factores involucrados en la comprensión de los servicios de salud mental en el contexto rural cuencano, enfocado en la relación de la conceptualización del bienestar psicológico por los miembros de las comunidades y los modelos formales de atención.

Pregunta a Usuarios: ¿Qué es para usted un problema de salud mental?

- “Creo que la vida diaria o también a veces, como le digo, el matrimonio”. (P-M-42-06/25)
- “(...) hay tristeza, hay sufrimientos, hay estrés”. (M-M-44-06/25)
- “Es algo que estamos adquiriendo últimamente todos los seres humanos por la situación tanto económica y emocional que estamos atravesando. Nos maltrata físicamente, la carga horaria mismo”. (C-H-50-06/25)

Análisis

Las respuestas de los participantes que son usuarios de servicios de atención mental evidencian una predominación de las explicaciones psicosociales, vinculadas a situaciones cotidianas y del propio contexto y una concepción de los problemas de salud mental como una consecuencia de situaciones de la vida diaria, entre estas se encuentra el matrimonio, como lo menciona el participante P-M-42-06/25, además los relacionan con estados emocionales intensos como la tristeza y el estrés como lo menciona M-M-44-06/25 y presiones socioeconómicas incluyendo la carga laboral como lo dice el participante C-H-50-06/25. Estas narrativas reflejan una percepción del malestar psicológico arraigada en experiencias concretas donde priman las explicaciones vinculadas al entorno inmediato.

1.2 Subcategoría: Consecuencias y Manifestaciones de los Problemas de Salud Mental

Dentro de esta subcategoría se aborda el impacto multidimensional de los problemas de salud mental tanto en el entorno comunitario y familiar como en el ámbito individual, analizando las manifestaciones de estos dentro del contexto de la ruralidad; además e abordan repercusiones de carácter emocional, conductual y social experimentados por las personas, y las alteraciones en las dinámicas familiares y comunitarias devenidas de estas problemáticas. Se explora la influencia de las concepciones culturales en la percepción de estas consecuencias.

Pregunta a Usuarios: ¿Qué consecuencias tiene para una persona o su familia el tener un problema de salud mental en su comunidad?

- “(...) se ponen groseros con cualquiera (...)” (P-M-42-06/25)
- “(...) que no pueden endurar y no pueden salir adelante. Ayudar a nuestros nietos, nuestros hijos, qué sé yo, para poder tranquilizar mejor, ser una buena orientadora”. (M-M-44-06/25)
- “Es una carga no solo para los padres, es para toda la familia (...)” (C-H-50-06/25)
- “El suicidio, la manera de suicidarse, actuar de mala manera con otras personas”. (M-H-58-06/25)

Análisis

Las respuestas obtenidas de los participantes reflejan el impacto que los problemas de salud mental en los contextos individual, familiar y comunitario, manifestándose en los ámbitos conductual, emocional y social, de igual forma se evidencia en el ámbito conductual ciertas expresiones a través de la agresividad, según las respuestas del participante P-M-42-06/25, además, según M-H-58-06/25 se pueden presentar conductas de riesgo relacionadas al suicidio, reflejando así la ausencia de mecanismos de gestión en problemas de salud mental. A nivel

emocional, los testimonios destacan una sensación de incapacidad para afrontar las dificultades, como menciona M-M-44-06/25, mostrando las limitaciones que representan estos problemas para el desarrollo personal; a nivel social, se evidencia que los problemas de salud mental alteran los sistemas familiares y sus dinámicas como menciona C-H-50-06/25 quien manifiesta que la responsabilidad del cuidado recae sobre la red familiar extendida.

1.3 Subcategoría: Percepción de los Servicios de Atención en Salud Mental

Esta subcategoría examina las creencias, valores y prácticas culturales propias de los usuarios de comunidades rurales en la forma en que se entiende, acepta y accede a la atención psicológica. También analiza cómo factores como las tradiciones locales, las concepciones de salud y enfermedad, la influencia de líderes comunitarios y las dinámicas familiares pueden facilitar o dificultar la búsqueda de apoyo psicológico.

Pregunta a Usuarios: ¿Qué piensa usted de los psicólogos?

- “Yo pienso que es bueno conversar con alguien para poder desahogarse, lo que uno se lleva por dentro, le ayudan a salir de problemas”. (P-M-42-06/25).
- “Los psicólogos también sí pueden ayudarnos, más o menos yo pienso que también, apoyen cuando uno está mal, nos hacen ver de una u otra manera, dan ayuda para salir adelante”. (M-M-44-06/25).
- “Los psicólogos también sí pueden ayudarnos, a tomar alternativas para solucionar los problemas. Pueden guiarnos de mejor manera (...)”. (C-H-50-06/25).
- “(...) pueden guiarnos de una mejor manera. para eso están los psicólogos, para que le entiendan a la persona. Pero, casi muy poco se sabe de los psicólogos”. (M-H-58-06/25).

Análisis

Se puede evidenciar, a través de las respuestas de los participantes, una percepción acerca de los profesionales en salud mental que destacan el rol de facilitadores del diálogo de los psicólogos, como menciona M-H-58-06/25; estas respuestas resaltan aspectos prácticos de los servicios de salud mental, antes que conceptos clínicos, por ejemplo; C-H-50-06/25 enfatiza en el manejo de alternativas para solucionar problemas como parte del proceso terapéutico; esto sugiere que los usuarios rurales esperan intervenciones concretas y orientadas a la acción, alineadas con sus necesidades cotidianas. M-H-58-06/25 menciona que se conoce muy poco acerca de los psicólogos, indicando que podría haber un vacío de conocimiento en cuanto a los servicios de salud mental por parte de los usuarios.

1.4 Subcategoría: Percepción de la Atención Psicológica Recibida

La presente subcategoría examina de manera integral las experiencias y valoraciones que los usuarios rurales construyen respecto a los servicios de salud mental que han utilizado, enfocándose particularmente en cómo interpretan la calidad, utilidad y pertinencia cultural de la atención recibida, permitiendo comprender los significados atribuidos al proceso terapéutico, considerando tanto los aspectos facilitadores como las barreras; así como las posibles mejoras en los servicios de salud mental para que respondan efectivamente a sus necesidades culturales y contextuales, además busca identificar aquellas adaptaciones concretas que, desde su experiencia y visión del mundo, harían la atención psicológica más adecuada y acercada a su realidad.

La exploración de estas percepciones resulta fundamental para identificar los elementos que configuran experiencias satisfactorias de atención psicológica en contextos rurales, revelando la necesidad de modelos de intervención que articulen el conocimiento con una genuina comprensión de las cosmovisiones locales, las dinámicas comunitarias y las condiciones materiales de vida que median el proceso de salud mental en estos territorios.

Pregunta a Usuarios: Cuando asistió a un servicio de salud mental formal, ¿qué fue lo que más le gustó o le ayudó de esa atención y qué cree que se podría mejorar de los servicios de salud mental en comunidades rurales como la suya?

- “Lo que me ayudó era con mi hijo. Hay unos psicólogos que son muy groseros. Mejoraría con charlas”. (P-M-42-06/25).
- “Me gustó el apoyo. La primera vez, se me hizo difícil a mí porque en ese momento estaba muy enojada y no entendía casi nada de lo que me estaba diciendo. Mejoraría el trato de ellos (...)”. (M-M-44-06/25).
- “(...) la ayuda que me dio en mi problema. Se mejoraría dando charlas educativas en base a los problemas que estamos suscitando”. (C-H-50-06/25).
- “Me ha ayudado con mi familia porque antes nadie nos lo ha explicado cómo tratar a la familia. que ustedes se vayan a las comunidades, y hacerles entender a las personas que sí es bueno esto (...)”. (M-H-58-06/25).

Análisis

Dentro de esta categoría, las respuestas recolectadas de los participantes revelan una valoración y aceptación de los servicios de atención psicológica, especialmente debido a los beneficios concretos obtenidos en sus dinámicas familiares y personales. P-M-42-06/25 y M-H-58-06/25 destacan el impacto positivo que conlleva la atención psicológica en el ámbito familiar, lo que sugiere la percepción de la terapia como un recurso para mejorar o solucionar las problemáticas presentes en el sistema familiar antes que como un proceso de desarrollo individual. M-M-44-06/25 y C-H-50-06/25 enfatizan la utilidad práctica de la atención, sin

embargo, reconocen dificultades en los primeros acercamientos a los servicios de atención psicológica posiblemente por estigmas internalizados o desconfianza previa.

2. Categoría: Prácticas Tradicionales de Cuidado

La siguiente categoría aborda los sistemas de atención no formales que las comunidades rurales utilizan para lidiar con los problemas psicológicos, analizando a los diferentes actores involucrados y redes de apoyo comunitario que actúan como alternativas o complementos del proceso terapéutico; esta dimensión busca revelar la resignificación del cuidado de la salud mental en las comunidades rurales según sus cosmovisiones, destacando la necesidad reconocimiento de estos aspectos culturales dentro de las intervenciones profesionales sin patologizar estos sistemas de conocimiento ancestral.

2.1 Subcategoría: Agentes y Métodos de Cuidado Tradicionales

Esta subcategoría pretende analizar el conjunto de saberes y prácticas presentes en el contexto cultural de las comunidades rurales respecto a la atención del malestar psicológico, centrándose en las figuras legitimadas socialmente para brindar apoyo como en técnicas ancestrales que pueden llegar a implementar, desde rituales de sanación y uso de plantas medicinales hasta sistemas de consejería basados en la sabiduría local. Mediante esta categoría se examina cómo estos recursos operan como alternativas o sistemas complementarios a la atención psicológica formal, destacando su arraigo cultural, su enfoque holístico, ya que integra lo espiritual, emocional y comunitario, y su arraigo dentro de la cultura local, además de su capacidad para responder a necesidades del contexto, la cuales suelen ser invisibilizadas por los modelos clínicos occidentales.

Pregunta a Usuarios: ¿Existen personas en su comunidad a quienes se acuda para atender o tratar problemas emocionales? ¿Qué métodos usan?

- “No, con nadie”. (P-M-42-06/25).
- “Los amigos”. (C-H-50-06/25).
- “Yo pido a Dios entre mis manos, el único que hago eso cuando cualquier cosa me sucede”. (M-M-44-06/25).
- “A mi mujer, a mis hijos”. (M-H-58-06/25).

Análisis

Las respuestas correspondientes a esta categoría evidencian una inclinación a las redes de apoyo informales, como menciona P-M-42-06/25 quien niega la existencia de figuras específicas para atender problemas de carácter emocional en su comunidad, mientras que C-H-50-06/25 y M-H-58-06/25 identifican a amigos y familiares inmediatos como sus principales fuentes de apoyo; esto sugiere una internalización del cuidado emocional dentro de las relaciones cotidianas más que en sistemas de sanación tradicional. Estas respuestas muestran una notable ausencia de referencia a prácticas rituales o métodos ancestrales organizados, lo que podría indicar tanto un proceso de erosión de los saberes tradicionales en estas comunidades rurales, estos resultados podrían indicar una preferencia a las soluciones prácticas dentro del sistema familiar y el círculo íntimo revelando la presencia de relaciones horizontales de confianza en el ámbito personal propias del enfoque comunitario. El testimonio de M-M-44-06/25 revela una práctica de cuidado emocional basada en la fe religiosa, donde la relación directa con lo divino actúa como principal mecanismo de afrontamiento.

2.2 Subcategoría: Valoración de Prácticas Tradicionales

Mediante esta subcategoría se examina el grado de eficacia percibida y uso efectivo que las comunidades rurales cuencanas otorgan a los sistemas de cuidado no convencionales en relación con los servicios formales de salud mental. Esta dimensión analiza la construcción social de la confianza en estos métodos y explora las circunstancias que intervienen en la preferencia de un método por sobre otro.

Pregunta usuarios: ¿Confía más en estos métodos que en un psicólogo? ¿Por qué?

- “Con ninguno”. (P-M-42-06/25).
- “Dios, el único que hago caso cuando cualquier cosa me sucede (...)”. (M-M-44-06/25).
- “No creo, es que el psicólogo ya es profesional (...)”. (C-H-50-06/25).
- “Psicólogos, ya saben por dónde va (...)”. (M-H-58-06/25).

Análisis

Los testimonios de los participantes revelan diferentes niveles de confianza hacia los métodos tradicionales frente a la atención psicológica profesional; mientras P-M-42-06/25 manifiesta desconfianza hacia ambos sistemas, M-M-44-06/25 muestra una clara preferencia por métodos espirituales, por otro lado, C-H-50-06/25 y M-H-58-06/25 expresan mayor confianza en los profesionales de la salud mental, destacando su profesionalismo, formación y conocimiento especializado; esto sugiere un reconocimiento de la eficacia de los servicios formales. Esta división refleja un proceso de transición cultural donde coexisten sistemas tradicionales de cuidado con una valoración creciente de la atención profesional.

12.3 Información Proporcionada por Profesionales de Servicios de Salud Mental en Zonas Rurales

3. Categoría: Percepción de la Salud Mental en el Área Rural: Perspectivas de los Profesionales

Esta categoría explora cómo los profesionales de salud mental analizan las diferentes formas en que los usuarios rurales entienden y experimentan los problemas de salud mental, además abarca las reflexiones de los terapeutas acerca de cómo factores culturales, socioeconómicos y geográficos influyen en la percepción comunitaria sobre la salud mental, así como su propia capacidad para comprender e integrar estas perspectivas locales en su práctica profesional.

3.1 Subcategoría: Profesionales de la Salud Mental: Percepción de la Atención Recibida por Usuarios Rurales

La subcategoría analiza cómo los terapeutas comprenden las experiencias de los usuarios rurales con los servicios psicológicos, identificando los principales desafíos en la prestación de una atención culturalmente pertinente, buscando indagar acerca de las brechas entre cómo los usuarios rurales perciben los problemas de salud mental desde la perspectiva de los profesionales en el área.

Pregunta a Profesionales: En su experiencia, ¿cuáles son las principales diferencias o "brechas" entre cómo los usuarios rurales perciben los problemas de salud mental y cómo usted, como profesional, los conceptualiza?

- "Catalogan al psicólogo o ir a terapia como un proceso de una discapacidad". (A-M-06/25).
- "Piensan que es para locos y se privan de ir". (T-M-06/25).

Análisis

El análisis de las respuestas revela la presencia de brechas epistemológicas entre los marcos clínicos y las percepciones comunitarias, donde los terapeutas identifican dos barreras culturales centrales; por un lado A-M-06/25 aborda la estigmatización de la atención psicológica como recurso exclusivo para condiciones discapacitantes o crónicas "un proceso de discapacidad", lo que limita su uso preventivo; y por otro lado T-M-06/25, resalta la asociación persistente entre salud mental y enfermedad psiquiátrica grave "es para locos", que genera autoexclusión de los servicios. Estas respuestas evidencian cómo los significados culturales en contextos rurales transforman la terapia en un último recurso, no como una herramienta de desarrollo, reflejando no solo desconocimiento sino resistencias profundas arraigadas en imaginarios colectivos.

3.2 Subcategoría: Estrategias para Mejorar la Comprensión de la Salud Mental en Zonas Rurales

Esta subcategoría analiza las estrategias propuestas por los profesionales de salud mental para promover una mejor comprensión y aceptación de los servicios psicológicos en comunidades rurales; se enfoca en cómo los terapeutas buscan superar barreras como el estigma, la desconfianza hacia la atención formal y el desconocimiento sobre salud mental en los entornos rurales para lograr una intervención verdaderamente efectiva y culturalmente pertinente.

Pregunta: ¿Cómo se podría mejorar el conocimiento y la valoración de los servicios psicológicos formales en zonas rurales?

- "Campañas de sensibilización y concientización. Talleres de prevención". (L-M-06/25).
- "Mejor educación haciendo casas abiertas, aprendiendo psicoeducación. Siendo una persona profesional, hay que adaptarse con las palabras que ellos puedan entender". (A-M-06/25).

Análisis

Las respuestas de los profesionales revelan un enfoque multidimensional para vincular los servicios psicológicos con las comunidades rurales, aunque con distintos niveles de profundidad; L-M-06/25 menciona la implementación de estrategias como campañas de sensibilización y talleres preventivos, que buscan no solo informar sino también construir confianza mediante la participación directa. A-M-06/25 menciona formatos innovadores como "casas abiertas" y psicoeducación, que facilitan un aprendizaje más experiencial y menos formal. Por otro lado, T-M-06/25 sugiere la implementación de visitas domiciliarias como estrategia. Estas respuestas revelan que, aunque existen esfuerzos por acercarse a la comunidad, persiste una tensión entre lo institucional y lo cultural.

4. Categoría: Percepción de Adecuación Cultural de la Atención en Salud Mental (Profesionales)

La categoría analiza la conceptualización de sus intervenciones cómo los profesionales de salud mental y la adaptación de sus intervenciones a los contextos culturales rurales, analizando los principios, estrategias y desafíos que guían su práctica intercultural. Esta dimensión explora tres aspectos fundamentales como las concepciones teóricas que los terapeutas tienen sobre qué

constituye una atención "culturalmente adecuada", las herramientas prácticas que implementan para lograrlo y las barreras estructurales que enfrentan. Al contrastar estas definiciones profesionales con las necesidades expresadas por los usuarios, la dimensión revela brechas entre el discurso teórico sobre interculturalidad y su aplicación concreta, proponiendo claves para superar el enfoque superficial de la adaptación cultural.

4.1 Subcategoría: Elementos Clave de la Adecuación Cultural empleadas por Profesionales

Mediante esta subcategoría se exploran los componentes fundamentales que los terapeutas identifican como esenciales para brindar una atención psicológica efectiva y culturalmente relevante en contextos rurales analizando cómo los profesionales entienden y aplican en la práctica conceptos como sensibilidad cultural, adaptación metodológica y pertinencia lingüística, el reconocimiento de las creencias y cosmovisión locales, la flexibilización de las intervenciones de acuerdo a las realidades socioeconómicas del contexto rural cuencano y el desarrollo de competencias interculturales que van más allá de lo técnico; al sistematizar estos elementos, la categoría no solo revela cómo los profesionales conceptualizan y operacionalizan el principio de interculturalidad en su práctica profesional, sino que también expone las tensiones entre las normas institucionales y las adaptaciones requeridas en terreno, ofreciendo un marco para evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud mental en poblaciones rurales diversas desde un enfoque intercultural.

Pregunta: ¿Qué elementos clave de adecuación cultural utiliza para garantizar una atención respetuosa en contextos rurales?

— “(...) más que nada en el aspecto socioeconómico, ofreciendo precios accesibles”. (A-M-06/25).

— “(...) las visitas domiciliarias (...)”. (T-M-06/25).

Análisis

Los terapeutas destacan dos estrategias fundamentales para garantizar una atención culturalmente adecuada en zonas rurales; en primer lugar la adaptación económica, A-M-06/25 menciona que busca que sus precios sean accesibles para estas realidades, y en segundo lugar la flexibilidad metodológica que propone T-M-06/25 "visitas domiciliarias" para superar barreras geográficas y contextualizar la intervención en el entorno del usuario; estas propuestas revelan un enfoque pragmático centrado en resolver obstáculos concretos de acceso principalmente económicos y logísticos, aunque evidencian un alcance limitado frente a desafíos culturales más profundos como la integración de saberes locales o el abordaje de estigmas.

4.2 Subcategoría: Formación Académica Específica en Competencias Culturales

La subcategoría formación académica específica en competencias culturales aborda la preparación de los participantes profesionales y si esta cuenta con adecuaciones para garantizar una atención psicológica culturalmente pertinente en contextos rurales; pretende examinar si los profesionales disponen de herramientas para comprender cosmovisiones locales, dinámicas comunitarias y sistemas tradicionales de salud, que le permitan establecer una conexión entre el conocimiento teórico y las necesidades prácticas de las poblaciones rurales.

Pregunta a Profesionales: ¿Cree que su formación académica lo preparó adecuadamente para comprender y trabajar con las particularidades culturales de las comunidades rurales? ¿Qué áreas de formación adicional considera necesarias?

— "No, la realidad de cada zona, así que eso vamos aprendiendo en tema de la experiencia.

Experimentar y trabajar técnicas ya mucho más plantadas hacia la realidad, conociendo

cada población. Buscar los recursos y buscar técnicas. Qué le puedan ayudar conectar con las personas y poder trabajar el tema de sensibilización y concientización sobre salud mental. Unirse para darle fuerza al trabajo o sea institucionalmente". (L-M-06/25).

— "En gran parte no. Consideraría que las prácticas sean más o menos como la carrera de medicina más o menos en un internado". (A-M-06/25).

— "Eh sí y no. Debería haber vinculación con la sociedad donde ya los estudiantes vayamos en un determinado ciclo a la comunidad". (T-M-06/25).

Análisis

Los profesionales participantes coinciden en señalar la presencia de deficiencias marcadas dentro de su preparación académica para trabajar con comunidades rurales y sus diferentes contextos, sin embargo, proponen alternativas complementarias para superarlas; tal como L-M-06/25 enfatiza que el aprendizaje sobre realidades locales se adquiere empíricamente mediante prueba y error para adaptar técnicas a cada contexto, lo que revela una formación inicial desconectada de la diversidad cultural, además propone desarrollar recursos y estrategias de sensibilización comunitaria, aunque critica la falta de apoyo institucional para este trabajo. A-M-06/25 sugiere un modelo de internado rotatorio, similar al de medicina, que permita a los estudiantes exponerse prolongadamente a contextos rurales y T-M-06/25 afirma la necesidad de vinculación temprana con las comunidades mediante prácticas desde ciclos básicos, no solo como actividad final de carrera; estas respuestas develan una deficiencia en la preparación académica en materia de intervención y vinculación comunitaria señalada por los profesionales abarca tres problemas principales identificados en las respuestas obtenidas. El enfoque teórico-genérico no permite profundizar en contenidos específicos sobre la salud mental con un enfoque intercultural; por otro lado, se mantienen prácticas superficiales que desembocan en una falta de

inmersión en territorios rurales para comprender sus dinámicas; finalmente, los terapeutas deben compensar estas falencias con aprendizaje autodidacta en terreno.

4.3 Subcategoría: Desafíos para Lograr la Adecuación Cultural

Esta subcategoría examina los obstáculos concretos en el ejercicio profesional de los terapeutas al tratar de brindar atención psicológica culturalmente sensible en contextos rurales, centrándose específicamente en las dificultades derivadas de diferencias lingüísticas y choques culturales, además cómo estas barreras son agravadas por limitaciones estructurales, tales como; la escasa formación en competencias interculturales y psicosociales, y cómo los profesionales navegan estos desafíos mediante estrategias improvisadas de mediación cultural, a menudo sin recursos institucionales adecuados. Al documentar estos obstáculos, la categoría no solo visibiliza las brechas entre los modelos clínicos occidentales y los sistemas locales de significado, sino que también identifica oportunidades para desarrollar protocolos de atención que reconozcan oficialmente estas barreras y propongan soluciones sistémicas.

Pregunta a Profesionales: ¿Cuáles son los principales desafíos o barreras (culturales, lingüísticas, de acceso) que enfrenta al intentar brindar una atención de salud mental en el área rural?

- "No tienen esos conocimientos o palabras. Muchas veces la falta de conocimiento que las personas tienen acerca de la psicología y el hecho de que a veces se cataloga, no, es que es un psicólogo y me va a leer la mente. Entonces no quiero que otras personas vengan y sepan tal vez cosas de mi pasado o cosas de mi infancia que me dolió". (A-M-06/25).
- "Sí, saben que hay un centro de salud. No asisten por la distancia. Es un solo psicólogo para toda la población. Piensan que es para locos y se privan de ir. No creen en venir al

psicólogo a menos que se les obligue por la junta cantonal o por temas de colegio. La distancia del centro de salud, el estigma, negligencia de los padres en el caso de los niños". (T-M-06/25).

— "Ese es un desafío grande. El tema del machismo". (L-M-06/25)

Análisis

Dentro de los desafíos en la preparación para abordar contextos rurales, los profesionales participantes lograron identificar que la comunicación efectiva y la adaptación de la metodología representan dos brechas principales en el abordaje de la salud mental en las zonas rurales. A-M-06/25 señala una barrera lingüística fundamental, donde el vocabulario técnico psicológico resulta ajeno e inaccesible para las comunidades, lo que exige que los profesionales desarrollen habilidades de comunicación y usen un lenguaje cotidiano que conecte con las experiencias locales; esta limitación se agrava por factores socioeconómicos, ya que el nivel educativo y las prioridades inmediatas de la población rural requieren enfoques pragmáticos. Por su parte, T-M-06/25 apunta a una brecha metodológica en la formación, donde las visitas domiciliarias son una estrategia necesaria para superar el aislamiento geográfico.

También salen a flote tres principales barreras estructurales que obstaculizan la atención psicológica en zonas rurales; los estigmas culturales profundos, donde los usuarios asocian la terapia con enfermedad mental grave "es para locos" tal como menciona T-M-06/25 o atribuyen poderes mágicos a los psicólogos "leer la mente" según A-M-06/25, generando desconfianza y evitación frente a la psicología; los patrones socioculturales arraigados en el pensar comunitario, como el machismo, como menciona L-M-06/25, que limita la expresión de vulnerabilidad emocional, especialmente en hombres; y por último las barreras estructurales, incluyendo la distancia geográfica a los centros de salud y la falta de coordinación con autoridades locales.

Estas respuestas muestran cómo los profesionales identifican que los desafíos trascienden lo técnico, requiriendo: adaptación lingüística, trabajo comunitario para deconstruir mitos, y flexibilidad institucional para superar el aislamiento geográfico. La recurrencia del tema del estigma "se privan de ir", "solo van si los obliga la junta cantonal o el colegio" (T-M-06/25) sugiere los profesionales perciben una falta de agencia voluntaria en los usuarios rurales para buscar atención, condicionada por: el estigma internalizado, la percepción de la terapia como recurso coercitivo más que electivo, y la ausencia de apropiación comunitaria de los servicios, reforzando la estigmatización de los servicios de AP; el profesional participante también hace mención a una posible negligencia parental al privar de estos servicios a sus hijos.

13. Interpretación

Esta investigación de carácter cualitativo tiene como objetivo principal analizar la percepción de los factores culturales que inciden en la atención de servicios de salud mental, desde la perspectiva de terapeutas y usuarios en comunidades rurales, por lo cual se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 4 adultos (2 mujeres y 2 hombres) residentes de zonas rurales del cantón Cuenca que acudan/acudieron a servicios de atención psicológica y 3 profesionales de la salud mental que trabajen con pacientes residentes en zonas rurales. A continuación, se exponen los hallazgos de mayor relevancia y sus implicaciones en relación con los objetivos planteados.

En cuanto a la caracterización de los participantes; por un lado, se entrevistó a residentes de áreas rurales del cantón Cuenca que actualmente reciben atención psicológica, y por otro, profesionales de la salud mental que brindan sus servicios en dichas localidades. Los participantes incluyeron a cuatro usuarios de servicios psicológicos (dos hombres y dos mujeres, con edades entre 42 y 58 años, dedicados al comercio) y tres profesionales de la salud mental

(todas mujeres, dentro del rango de edad entre 33 y 37 años). Todos los usuarios entrevistados se encontraban en tratamiento activo al momento del estudio.

Los testimonios recolectados en la presente investigación arrojan resultados que comprenden una compleja interacción entre las concepciones culturales sobre salud mental y la aceptación de los servicios psicológicos formales en las comunidades rurales del cantón Cuenca, evidenciando la perspectiva de los usuarios de servicios formales de AP frente a la salud mental. Esta mirada enmarcada en la psicología comunitaria latinoamericana adopta una postura crítica frente a las condiciones de vida de los miembros de la comunidad, analizando las estructuras sociales y sus procesos de naturalización de la desigualdad (Martín-Baró, 1998). Los participantes, en su mayoría, atribuyen el origen de los problemas de salud mental a factores psicosociales, y su narrativa refleja una comprensión del malestar emocional profundamente arraigada en experiencias concretas de su entorno inmediato, concordando con el postulado de Bedoya (2020) quien afirma que el malestar psicológico está relacionado con dificultades del sujeto al actuar asertivamente frente a situaciones de alto estrés, desarrollar sus potenciales, realizar sus actividades cotidianas con normalidad y contribuir activamente a su entorno social; en este sentido, factores como las tensiones familiares, las presiones económicas y las condiciones laborales emergen como ejes centrales en la construcción del concepto de problemas psicológicos, concibiendo así a la salud mental como un estado de armonía en el que el individuo desarrollaba su potencial (Hiriart, 2018), lo cual refleja una visión integral que trasciende los enfoques tradicionales de la psicología y se ancla en las dinámicas cotidianas de las comunidades rurales.

Esta percepción coincide con el supuesto inicial planteado en la investigación de que las comunidades rurales priorizan explicaciones contextuales sobre modelos biomédicos, aunque no

necesariamente desde un marco tradicionalista, sino más bien desde una lógica cotidiana y práctica. Esta tendencia refleja una comprensión psicosocial del malestar, donde, como señalan Quintana et al. (2018), los aspectos individuales y sociales no se separan, sino que se conciben como interdependientes, dando lugar a interpretaciones que integran tanto las vivencias personales como las condiciones estructurales del entorno; además, la ausencia de referencias a sistemas explicativos ancestrales o rituales en las narrativas de los participantes sugiere un posible desarraigo de los saberes tradicionales, los cuales, en cierta medida, han sido sustituidos por dinámicas de apoyo informal dentro de redes familiares y comunitarias. Este fenómeno podría interpretarse desde la perspectiva de Frosh (2003), quien enfatiza la importancia de valorar los recursos comunitarios propios frente a imposiciones teóricas externas, adoptando un pluralismo metodológico que reconozca las formas en que las comunidades construyen y resignifican sus prácticas de cuidado en función de sus realidades concretas.

Las manifestaciones del malestar psicológico descritas por los usuarios, desde agresividad hasta ideación suicida, ponen en evidencia la gravedad de las consecuencias cuando no existen mecanismos institucionales accesibles para su manejo. Este fenómeno adquiere mayor relevancia al considerar que, como señala Montero (2003), los miembros de la comunidad no son receptores pasivos, sino actores clave en la transformación social, capaces de desarrollar los recursos disponibles y dar voz a las necesidades colectivas. El hecho de que los problemas de salud mental sean percibidos como disruptores de las dinámicas familiares refuerza la idea de que, en estos contextos, el bienestar psicológico no se entiende como un proceso individual, sino como un fenómeno colectivo, fundamentado en principios como la dignidad humana, el apoyo mutuo y la participación comunitaria que, según Quintana et al. (2018), son esenciales para un desarrollo integral en salud mental; esta comprensión se alinea con los postulados del enfoque

psicosocial de Martín-Baró (1998), que enfatizan la necesidad de analizar las problemáticas desde una perspectiva estructural y relacional, trascendiendo los enfoques clínicos individualistas para reconocer la interdependencia entre el sujeto y su contexto comunitario

Este significado comunitario otorgado a la salud mental coincide con el planteamiento de Gonzalo Miranda (2018), quien sugiere que la salud mental va más allá de la ausencia de patologías y emerge de la interacción entre el individuo y su entorno social formando vínculos comunitarios. Esta perspectiva se materializa en prácticas concretas que, como señala Quintana et al. (2018), deben reconocer a las personas como agentes activos de transformación social, promoviendo dinámicas relacionales basadas en el respeto y la valoración mutua, generando una comprensión colectiva del malestar psicológico, arraigada en las dinámicas relacionales y comunitarias, explica precisamente por qué los usuarios rurales demandan servicios de salud mental que trasciendan el enfoque individualista.

El enfoque psicosocial, con su énfasis en los niveles preventivos por encima de los rehabilitadores, orientado a crear condiciones para el bienestar mediante la participación activa (Frosh, 2003), muestra su pertinencia cuando las intervenciones psicológicas logran articularse con las necesidades prácticas de la comunidad, observándose entonces mayor aceptación; sin embargo, persiste una contradicción fundamental: mientras el sufrimiento se vive comunitariamente, los servicios formales siguen operando desde lógicas individualizantes que ignoran estos entramados culturales. Esta desconexión no solo limita las intervenciones, sino que reproduce la brecha entre modelos clínicos hegemónicos y realidades psicosociales colectivas, dejando de lado el potencial transformador de enfoques que, como propone Frosh (2003), se centren en las fortalezas y recursos disponibles más que en las carencias, integrando la diversidad sociocultural en su dimensión colectiva.

En cuanto a la percepción de los servicios psicológicos, los usuarios valoran especialmente aquellos aspectos de la terapia que ofrecen soluciones prácticas y tangibles a sus problemáticas cotidianas, como la mediación en conflictos familiares o estrategias de afrontamiento en situaciones concretas. Esta preferencia refleja la necesidad de un enfoque psicosocial que, como señala Montero (2003), permita redefinir colectivamente los problemas, rompiendo con el asistencialismo tradicional y generando nuevas formas de relación terapéutica basadas en el compromiso mutuo y el pensamiento crítico; sin embargo, persisten barreras actitudinales significativas, como el desconocimiento sobre el rol de los psicólogos, que podrían relacionarse con la falta de adecuación cultural de los servicios ofrecidos.

Esta situación cuestiona radicalmente los modelos terapéuticos estandarizados, particularmente cuando, como argumenta Martín-Baró (1985), fenómenos psicológicos como el miedo o la resistencia solo pueden comprenderse plenamente al analizarlos en relación con estructuras de poder y dependencia económica. La preferencia por redes informales de apoyo como recurso de afrontamiento no deviene únicamente de una cuestión de accesibilidad, sino que refleja una búsqueda de respuestas dentro de marcos culturalmente familiares, lo que exige un desplazamiento del profesional desde una posición de superioridad hacia un rol de acompañante que establezca interacciones horizontales. Esta transformación en el modelo de atención permitiría articular los significados locales con los saberes profesionales, superando así la brecha entre los servicios formales y las prácticas comunitarias de cuidado (Quintana et al., 2018).

Estos resultados invitan a profundizar en cómo los profesionales de salud mental definen y operacionalizan la "adecuación cultural" en sus prácticas, considerando el pluralismo teórico que caracteriza al enfoque psicosocial (Frosh, 2003). Las creencias y prácticas de los usuarios rurales no se oponen radicalmente a los servicios formales, pero sí demandan un enfoque más

integrador que, desde la perspectiva crítica de la psicología comunitaria latinoamericana (Martín-Baró, 1998), reconozca sus necesidades comunitarias y priorice intervenciones situadas en sus contextos psicosociales. Tal como señala Suárez et al. (2021), esta situación requiere intervenciones integrales que, trascendiendo modelos rígidos, aborden tanto los factores individuales de protección como fortalezcan los sistemas de atención en zonas rurales, siempre desde una comprensión dialéctica de las problemáticas que articule las dimensiones subjetivas con las estructuras sociales que las condicionan.

La perspectiva de los profesionales de salud mental sobre la "adecuación cultural" en contextos rurales revela tensiones significativas entre los modelos clínicos institucionalizados y las realidades socioculturales de las comunidades. Esta disonancia refleja la crítica de Quintana et al. (2018) al enfoque tradicional que separa artificialmente lo individual de lo social, cuando en realidad ambos niveles se encuentran profundamente interrelacionados en las experiencias de salud/ enfermedad mental. A pesar de que los terapeutas reconocen teóricamente la necesidad de adaptar sus intervenciones, sus narrativas evidencian una brecha epistemológica entre el enfoque biomédico, que concibe los problemas psicológicos como condiciones tratables individualmente, y las percepciones locales que, en algunos casos, los estigmatizan como situaciones irreversibles o discapacitantes.

Esta divergencia adquiere mayor complejidad al analizarla desde la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1998) sobre los dispositivos de control social a través del saber psiquiátrico, donde la clasificación de los trastornos mentales ha servido históricamente para legitimar prácticas de exclusión. Como señala Martín-Baró (1986), en contextos latinoamericanos esta marginación opera políticamente para mantener órdenes sociales desiguales, segregando a quienes no cumplen con los patrones dominantes de productividad y

racionalidad. En la práctica clínica actual, esta tensión se manifiesta cuando los usuarios asocian la terapia psicológica con estados crónicos, limitando su demanda espontánea. Persisten creencias arraigadas, como la idea reportada por el participante A-M-06/25 de que los psicólogos pueden "leer la mente", que obstaculizan una atención culturalmente pertinente. Estas representaciones coinciden con los estudios sobre estigma en salud mental (Gonzales, 2019), donde los estereotipos operan como barreras actitudinales que, lejos de ser meras concepciones erróneas, forman parte de estructuras más amplias de dominación simbólica que reproducen la desconfianza hacia los servicios formales.

Los profesionales identifican desafíos concretos en la implementación de una atención intercultural, destacando las barreras que genera el uso de un lenguaje técnico de la psicología desadaptado a los códigos comunicativos locales. Esta problemática se enmarca en una situación nacional más amplia donde, como señalan Suárez et al. (2021), Ecuador enfrenta una grave carencia de infraestructura en salud mental, con servicios públicos limitados e inadecuados para la demanda existente, agravada por la falta de datos epidemiológicos confiables que permitan dimensionar adecuadamente las necesidades de la población. El testimonio de A-M-06/25 subraya cómo el vocabulario clínico resulta ajeno para las comunidades rurales, exigiendo estrategias de adaptación lingüística que deben desarrollarse en un contexto donde, alarmantemente, menos del 2% del presupuesto sanitario nacional se destina a salud mental (Suárez et al., 2021), porcentaje muy por debajo de lo necesario para cubrir las necesidades básicas. Esta barrera comunicativa se ve agravada por factores estructurales como las limitaciones socioeconómicas y educativas que, según Hirmas et al. (2013), requieren abordajes multidimensionales para garantizar acceso equitativo. La situación se complejiza al considerar que, en paralelo a estas carencias, los profesionales deben lidiar con la falta de formación

especializada en interculturalidad y con la ausencia de políticas públicas que promuevan sistemáticamente la adecuación cultural de los servicios. Estos desafíos operan en un escenario regional preocupante, donde el 46% de los países sudamericanos destina apenas entre el 2% y 5% de su presupuesto sanitario a salud mental (Suárez et al., 2021), revelando una priorización insuficiente de este ámbito en las agendas públicas.

Los desafíos identificados por los profesionales en la implementación de una atención intercultural, particularmente las barreras lingüísticas y la inadecuación de los marcos conceptuales psicológicos, se ven exacerbados por un sistema de salud mental estructuralmente deficitario. Como advierte Jiménez (2019), superar estas limitaciones requiere acciones urgentes que trasciendan el reconocimiento formal de derechos para materializarse en políticas públicas efectivas, con asignación presupuestaria adecuada, formación especializada y sistemas de evaluación permanentes. El testimonio de T-M-06/25 sobre las carencias en la formación académica refleja esta problemática sistémica que, según Henao et al. (2016), incluye además distribución inequitativa de servicios y falta de mecanismos de evaluación, configurando lo que Suárez et al. (2021) describen como un escenario crítico que perpetúa la marginalización histórica de la salud mental en las políticas públicas ecuatorianas.

Estas deficiencias estructurales interactúan con procesos socioculturales profundamente arraigados. El estigma, entendido como proceso dinámico que etiqueta a grupos marginados como anormales o indeseables (Gonzales, 2019), se manifiesta tanto en las representaciones sociales sobre los problemas mentales como en la propia organización del sistema de salud. La reciente Ley Orgánica de Salud Mental (2024) no ha logrado revertir esta situación, especialmente en contextos rurales donde, como señalan datos del INEC (2024), la pobreza y

marginalización profundizan las desigualdades en el acceso. La combinación de baja inversión (menos del 2% del presupuesto sanitario según Suárez et al., 2021), formación inadecuada de profesionales y persistencia de estigmas culturales, configura un círculo vicioso que dificulta la implementación de servicios culturalmente pertinentes, reproduciendo así las barreras de acceso que pretenden superarse.

Los esfuerzos por vincular los servicios psicológicos con las comunidades rurales; como campañas de sensibilización, talleres o casas abiertas, representan intentos válidos por construir confianza mediante la participación directa, en línea con lo establecido en la Ley Orgánica de Salud Mental (2024) que promueve la articulación entre saberes ancestrales y enfoques biomédicos. Sin embargo, como advierte L-M-06/25, estas iniciativas frecuentemente dependen más de la improvisación y el aprendizaje empírico de los profesionales que de protocolos institucionalizados, revelando así la brecha entre el marco legal y su implementación efectiva. Esta situación refleja los hallazgos de Hirmas et al. (2013) sobre las múltiples barreras que enfrentan poblaciones rurales, donde la desconfianza hacia los servicios formales se ve agravada por limitaciones estructurales como la escasez de recursos y la formación insuficiente en competencias interculturales.

La propuesta de A-M-06/25 sobre internados rotatorios en zonas rurales, similar al modelo médico, apunta a una necesidad estructural pendiente: incorporar en la formación profesional una inmersión temprana y prolongada que permita comprender las dinámicas culturales y económicas específicas de estos territorios. Esta crítica encuentra eco en el análisis de Camas (2018), quien identifica precisamente la desconexión entre políticas públicas y realidades locales como obstáculo central para lograr servicios accesibles y culturalmente pertinentes. A pesar del mandato del Artículo 14 de la LOSM (2024) sobre participación

comunitaria, persisten desafíos como la estigmatización institucional hacia prácticas tradicionales y la ausencia de mecanismos sistemáticos para integrar saberes locales, lo que limita el potencial transformador de la normativa. Los altos costos, el estigma social y las barreras geográficas documentadas por Hirmas et al. (2013) se combinan así con deficiencias formativas, configurando un escenario donde las iniciativas de vinculación comunitaria carecen del soporte institucional necesario para trascender acciones puntuales y convertirse en políticas sostenibles.

La persistencia de redes informales de apoyo como principal recurso de afrontamiento en las comunidades rurales cuestiona radicalmente la adecuación de los servicios formales cuando estos no logran integrarse a las lógicas comunitarias. Esta situación evidencia cómo los determinantes psicosociales, desde dinámicas familiares hasta sistemas comunitarios, se ven profundamente afectados por las limitaciones estructurales del sistema de salud, tal como señala Suárez et al. (2021) al destacar la necesidad de intervenciones integrales que aborden tanto factores individuales como colectivos en contextos de doble vulnerabilidad. Mientras los profesionales intentan ampliar el alcance de la psicología mediante estrategias de difusión, los usuarios priorizan soluciones prácticas cercanas a sus experiencias cotidianas, revelando que la verdadera adecuación cultural exige trascender ajustes metodológicos superficiales para alcanzar un reconocimiento profundo de las jerarquías de valor locales. Esta tensión entre lo institucional y lo comunitario refleja la compleja interacción de factores que, según Bedoya et al. (2020), constituyen la salud mental: desde características individuales hasta circunstancias adversas del entorno como pobreza y desigualdad. El desafío mayor reside en construir modelos de atención que integren el rigor técnico con las cosmovisiones locales, particularmente en poblaciones donde las adversidades socioeconómicas y las barreras de acceso configuran escenarios de

múltiples vulnerabilidades. Las redes informales persisten no solo por tradición cultural, sino como respuesta adaptativa a un sistema de salud que históricamente ha marginado a estas comunidades, evidenciando la necesidad de transformaciones estructurales que vayan más allá de las intervenciones puntuales y logren articularse orgánicamente con los sistemas de apoyo ya existentes en los territorios rurales.

El análisis de las convergencias y divergencias entre las percepciones de usuarios y profesionales de salud mental en zonas rurales de Cuenca revela un panorama complejo donde coexisten puntos de encuentro y tensiones no resueltas. Como plantea Gonzalo Miranda (2018), la salud mental trasciende la mera ausencia de patologías, emergiendo más bien de la interacción dinámica entre individuo y entorno social, una comprensión que parece resonar, aunque de forma diferenciada, en ambos grupos. Por un lado, coinciden en reconocer la importancia de abordar los problemas psicológicos desde una perspectiva contextual, vinculada a las realidades comunitarias. Los usuarios enfatizan explicaciones psicosociales que, si bien difieren del lenguaje clínico profesional, comparten una mirada situada en el entorno inmediato, sugiriendo no una oposición entre modelos explicativos sino un desfase en su articulación: los terapeutas traducen estas problemáticas a marcos diagnósticos, mientras los usuarios priorizan soluciones prácticas para sus dinámicas relacionales.

No obstante, las divergencias emergen claramente en la conceptualización de la atención psicológica. Para los profesionales, que según Quintana et al. (2018) deberían desplazar su posición de superioridad hacia un rol de acompañantes, la terapia representa un proceso de tratamiento y desarrollo personal. En contraste, los usuarios rurales la perciben predominantemente como recurso para crisis o situaciones límite. Esta diferencia refleja no solo un estigma internalizado (Gonzales, 2019), sino también una brecha comunicacional sobre los

objetivos y potencialidades de la atención. Mientras los psicólogos promueven intervenciones preventivas, la demanda espontánea de los usuarios se activa ante problemáticas ya instaladas, limitando el impacto de los servicios. Aquí, el supuesto inicial sobre la reproducción de estereotipos profesionales se matiza: aunque existen esfuerzos adaptativos, persisten dificultades para transformar representaciones negativas arraigadas en dinámicas culturales más amplias, particularmente en un contexto rural donde, como señala Miranda (2018), los significados culturales atribuidos a la salud mental varían significativamente, distando de ser uniformes. Esta tensión evidencia la necesidad de modelos que, sin abandonar su rigor técnico, logren articularse orgánicamente con las comprensiones locales del sufrimiento psicosocial.

La valoración de los servicios psicológicos por parte de usuarios que lograron acceder a ellos, destacando su utilidad en la mejora de dinámicas familiares, contrasta agudamente con las barreras iniciales de desconfianza y desconocimiento que persisten en estas comunidades rurales. Esta paradoja refleja lo señalado por Hirmas et al. (2013) sobre los principales obstáculos que enfrentan poblaciones con menores recursos, donde el estigma social y la desconfianza hacia los profesionales operan como filtros restrictivos antes incluso del primer contacto con los servicios; sin embargo, como advierte Campo et al. (2014), cuando estas representaciones negativas se cristalizan en estereotipos rígidos y prejuicios, generan prácticas discriminatorias que perpetúan la exclusión, creando un círculo vicioso difícil de romper.

El hecho de que, una vez superado este primer filtro, los servicios demuestren su relevancia práctica, sugiere que el problema no radica en su utilidad intrínseca sino en los procesos socioculturales que median su acceso. En este contexto, prácticas tradicionales como el apoyo espiritual mencionado por M-M-44-06/25 emergen no como alternativas excluyentes sino como recursos complementarios dentro de un espectro de cuidados que los usuarios gestionan

estratégicamente según sus sistemas de creencias. Esta hibridación desafía las dicotomías simplistas entre lo "tradicional" y lo "moderno", reclamando modelos de atención que logren integrar ambas lógicas de manera sinérgica sin caer en jerarquizaciones arbitrarias. La situación revela así una tensión fundamental: mientras los estereotipos y prejuicios (Campo et al., 2014) siguen limitando el acceso inicial, aquellos que logran superar estas barreras descubren un valor práctico en los servicios que contrasta con las representaciones sociales negativas prevalecientes, sugiriendo la necesidad de intervenciones que actúen simultáneamente sobre las condiciones estructurales de acceso y las representaciones culturales sobre la salud mental.

Los profesionales identifican la necesidad de adaptar metodologías y lenguaje, pero sus estrategias enfrentan limitaciones estructurales, como la formación académica insuficiente en competencias interculturales y el escaso acercamiento a la comunidad; los usuarios, por su parte, enfatizan en la importancia de cualidades relacionales, como la calidez y el respeto, y formatos comunitarios tales como charlas y visitas domiciliarias, señalando que la eficacia de la atención depende tanto de su contenido técnico como de su capacidad para integrarse a las dinámicas locales, lo cual coincide con los principios del enfoque psicosocial latinoamericano, anteriormente mencionados, que insisten en la necesidad de abordajes situados y co-construidos con las comunidades (Martín-Baró, 1998).

Las perspectivas de usuarios y profesionales evidencian tanto potenciales colaborativos, como tensiones no resueltas, particularmente en la comunicación de los objetivos de la terapia y la superación de estigmas que etiquetan a las personas con condiciones vinculadas a la salud mental como socialmente como "indeseables"(Gonzales, 2019). La construcción de puentes entre estos actores requerirá no solo mayor flexibilidad en los servicios, sino también un

reconocimiento explícito de las jerarquías de valor locales y las condiciones materiales que configuran el acceso a la salud mental en estos territorios.

14. Conclusiones

El estudio permitió cumplir con el primer objetivo específico el cual busca identificar creencias y prácticas culturales asociadas a la salud mental en pobladores rurales de Cuenca, revelando que los participantes conceptualizan los problemas psicológicos principalmente desde experiencias cotidianas como conflictos familiares, estrés laboral y presiones económicas. Esta percepción psicosocial del malestar, arraigada en el contexto inmediato, coexiste con un uso limitado de prácticas tradicionales y una marcada preferencia por redes informales de apoyo, como lo es la familia y la comunidad, como principal mecanismo de afrontamiento, lo que impacta directamente en la aceptación de servicios psicológicos formales al priorizar los usuarios intervenciones prácticas y concretas sobre abordajes terapéuticos individualizados.

En relación al segundo objetivo específico que busca comprender cómo los profesionales definen la adecuación cultural, los resultados muestran que los terapeutas reconocen la necesidad de adaptar sus intervenciones al contexto rural, identificando como principales desafíos las barreras lingüísticas, la falta de formación profesional en metodologías comunitarias y las limitaciones institucionales. Aunque implementan estrategias como talleres participativos o visitas domiciliarias, estos esfuerzos dependen principalmente de iniciativas individuales y muestran dificultades para integrar plenamente las cosmovisiones locales, reproduciendo en algunos casos estereotipos sobre las comunidades rurales como "resistentes al cambio", lo que limita el potencial transformador de la atención intercultural.

Respecto al tercer objetivo específico de analizar convergencias y divergencias entre actores, el estudio reveló tensiones epistemológicas significativas: mientras los profesionales

enfatan un enfoque clínico, los usuarios priorizan soluciones prácticas para problemáticas concretas y perciben la terapia como recurso para crisis más que para desarrollo personal. Sin embargo, ambos grupos coinciden en valorar formatos comunitarios y relacionales, identificando así espacios potenciales para el diálogo intercultural, aunque persisten desafíos para superar dicotomías rígidas entre lo "científico" y lo "tradicional" en la construcción de modelos complementarios de atención.

Finalmente, en cumplimiento del objetivo general de analizar los factores culturales que inciden en la atención de servicios de salud mental, la investigación demostró que estos operan en múltiples dimensiones interconectadas; a nivel simbólico, mediante estigmas y representaciones sociales que asocian los problemas de salud mental y asistir a terapia psicológica con debilidad; relacional a través de las dinámicas de confianza basadas en redes informales de cuidado y estructural, por condiciones de pobreza, marginalización territorial y falta de políticas interculturales. Estos hallazgos plantean la urgencia de transformar los modelos de atención desde un enfoque psicosocial crítico que articule derechos humanos, pertinencia cultural y justicia territorial, superando así las limitaciones de los enfoques asistencialistas tradicionales.

Referencias

- Argohty Almeida, L. A., Abril Ibarra, R. A., y Mantilla Falcón, L. M. (2024). Factores socioeconómicos y accesibilidad a servicios de salud mental en Ecuador. Religación Press. <https://doi.org/10.46652/ReligacionPress.214>
- Balbás, P. B. (2015). El papel de las diferencias culturales y de la competencia intercultural en el establecimiento de la alianza terapéutica. Universidad Pontificia Comillas.
- Brecha en la atención de salud mental en las zonas rurales. (2023). <https://www.lahora.com.ec/loja/brecha-en-la-atencion-de-salud-mental-en-las-zonas-rurales/>
- Ceballos Casas , M. A., & Quijano Almeida , C. O. (2024). Challenges and facilitators in mental health care: a vision from Cauca professionals .Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano,5(4), 482–509. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i4.374>
- Chibás Ortiz, F. (2024). Rumbo a la Metodología de las 20 Barreras Culturales en la Comunicación y 5 Dimensiones de Creatividad(20BCC-5DCR): Reflexiones sobre la Alfabetización Mediática e Informativa (AMI)r. SOCIAL REVIEW. International Social Sciences Review Revista Internacional De Ciencias Sociales, 12(1), 41–52. <https://doi.org/10.62701/revsocial.v12.5176>
- González, C.M. (2013). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios.
- Ley Orgánica de Salud Mental. (2022). Registro Oficial Suplemento 283. Asamblea Nacional del Ecuador. <https://asobanca.org.ec/wp->

content/uploads/2024/01/R-O-Ley-Organica-de-Salud-Mental-1.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2021). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.

Moral, R. R. (2019). Barreras culturales y psicológicas en la relación clínica y educativa en estudiantes y residentes de medicina españoles (II). *Educación Médica*, 21(1), 49–54.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.005>

Muguiru, A. (2024, June 19). Diseño de investigación: Elementos y características. QuestionPro.
<https://www.questionpro.com/blog/es/disenio-de-investigacion/>

Observatorio Humanitario de Cruz Roja Argentina. (s.f.). Barreras de acceso a los servicios de salud mental en Argentina.

Organización Mundial de la Salud. (2022). World Mental Health Report: Transforming Mental Health For All. In Organización Mundial De La Salud (CC BY-NC-SA 3.0 IGO). Retrieved April 2, 2025, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2022, June 8). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Ortega, C. (2023). ¿Qué es un estudio transversal? QuestionPro.
<https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>

Ortiz-Melgar AP. Diversidad cultural peruana: ¿aliado o enemigo de la salud mental?. *Rev Fac Med Hum*. 2022;22(4):912-913.

Leiva- Peña V, Rubí-González P y Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas

desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e158.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

Quintana, I. Q., Mendoza, R. M., Bravo, C. B., & Mora, M. M. (2018, December). Enfoque psicosocial. Concepto y aplicabilidad en la formación profesional de estudiantes de psicología. Revista Reflexión E Investigación Educativa.

Ruiz, R. R. (2020). Barreras culturales y psicológicas en la relación clínica y educativa en estudiantes y residentes de medicina españoles. Educación Médica. Retrieved April 3, 2025, from <https://10.1016/j.edumed.2019.02.005>

Saleh, M., Uzendoski, M., & Salazar, O. (2022). Reconocimiento de sistemas de salud indígenas en la salud pública kichwa. Mundos Plurales - Revista Latinoamericana De Políticas Y Acción Pública, 9(1). <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2022.5389>

Salazar-Escorcia, L. S. (2020). Investigación Cualitativa: Una respuesta a las Investigaciones Sociales Educativas. CIENCIAMATRIA, 6(11), 101–110. <https://doi.org/10.35381/cm.v6i11.327>

Salud mental. (2025, March 31). OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Serrano Ccopa AC. Desafíos Geográficos y Culturales en la Salud Mental Adolescente en el Perú:

Un Llamado a la Acción Integral. *Lancet Reg Health Am.* 2024 Feb 23;31:100702. doi: 10.1016/j.lana.2024.100702. PMID: 38435419; PMCID: PMC10905034.

Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. a. C. (2007). An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 15(3), 502–507. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300022>

Stewart, L. (2025, February 11). ¿Qué es la investigación descriptiva y cómo se utiliza? ATLAS.ti. <https://atlasti.com/es/research-hub/investigacion-descriptiva>

Snyder, V., Díaz-Pérez, M.D., & González-Vázquez, T.T. (2003). Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *Salud Publica De Mexico*, 45, 19-26.

The Sociocultural Model and Therapy Utilization | Introduction to Psychology. (n.d.). <https://courses.lumenlearning.com/suny-intropsych/chapter/the-sociocultural-model-and-therapy-utilization/>

15. Anexos

Anexo1. Consentimiento informado los usuarios de zonas rurales

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA SEDE CUENCA
CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL

Consentimiento Informado

Tema: Barreras culturales en la atención psicológica de adultos de 30 a 40 años en zonas rurales del cantón Cuenca. 2025

Usted está invitado a participar en el estudio “La salud mental en el tejido cultural rural cuencano: voces de terapeutas y usuarios sobre acceso y atención, 2025.” que busca entender mejor cómo las personas en zonas rurales de Cuenca ven y manejan la salud mental.

I. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Analizar la percepción de los factores culturales que inciden en la atención de servicios de salud mental, desde la perspectiva de terapeutas y usuarios en comunidades rurales del cantón Cuenca durante el año 2025.

II. PROCEDIMIENTO

Su participación consiste en una entrevista de 15 a 25 minutos. Puede negarse a responder cualquier pregunta o terminar su participación cuando lo desee. Su participación será grabada si así lo permite.

III. RIESGOS

Su participación es voluntaria y no afectará ningún servicio que reciba actualmente. Los resultados ayudarán a crear mejores opciones de salud mental para comunidades rurales. La información que salga de la entrevista es confidencial y no serán compartidos datos personales.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con número de cédula _____ acepto participar en el estudio “La salud mental en el tejido cultural rural cuencano: voces de terapeutas y usuarios sobre acceso y atención, 2025.” y he sido informado con claridad sobre mi participación en esta investigación. Comprendo el objetivo y el procedimiento, así como los riesgos de participar en ella

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ /2025

Anexo 2. Guía de preguntas

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA SEDE CUENCA

CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL

Entrevista a usuarios de servicios de salud mental de zonas rurales

1. ¿Qué es para usted un problema de salud mental?
2. ¿Qué piensa usted de los psicólogos?
3. ¿Qué sabía o que pensaba de los servicios de salud mental antes de ir?
4. Cuando asistió a un servicio de salud mental formal, ¿qué fue lo que más le gustó o le ayudó de esa atención?
5. ¿Hubo algo de la atención que recibió que le pareció difícil de entender o que no se ajustaba a sus costumbres o forma de pensar? (Si es así, ¿podría dar un ejemplo?)
6. ¿Sintió que el profesional que le atendió entendía bien su situación y sus creencias respecto al problema emocional que tenía? ¿Por qué sí o por qué no?
7. ¿Qué consecuencias tiene para una persona o su familia el tener un problema de salud mental en su comunidad?
8. ¿Existen personas en su comunidad a quienes se acuda para atender o tratar problemas emocionales? ¿Qué métodos usan?
9. ¿Confía más en estos métodos que en un psicólogo? ¿Por qué?
10. ¿Recomendaría los servicios de salud mental formales a otras personas en su comunidad? ¿Por qué?
11. ¿Qué cree que se podría mejorar para que los servicios de salud mental sean más útiles y cómodos para las personas en comunidades rurales como la suya?

Entrevistas para profesionales de salud mental

1. ¿Cree que su formación académica lo preparó adecuadamente para comprender y trabajar con las particularidades culturales de las comunidades rurales? ¿Qué áreas de formación adicional considera necesarias?
2. En su experiencia, ¿cuáles son las principales diferencias o "brechas" entre cómo los usuarios rurales perciben los problemas de salud mental y cómo usted, como profesional, los conceptualiza?
3. Desde su experiencia, ¿cuáles considera que son las creencias o prácticas culturales más comunes en las comunidades rurales de Cuenca que influyen en la forma en que las personas entienden y abordan la salud mental?
4. ¿De qué manera estas creencias y prácticas culturales impactan en la disposición de los usuarios rurales para acceder o continuar con los servicios psicológicos formales?
5. Para usted, ¿qué significa que un servicio de salud mental sea "culturalmente adecuado" al trabajar con poblaciones rurales? ¿Qué elementos son clave para lograrlo?
6. ¿Qué estrategias específicas utiliza para adaptar su intervención o comunicación a las realidades socioeconómicas y geográficas de las comunidades rurales donde trabaja?
7. ¿Cuáles son los principales desafíos o barreras (culturales, lingüísticas, de acceso) que enfrenta al intentar brindar una atención de salud mental en el área rural?
8. ¿Considera que hay suficiente conocimiento y valoración por parte de los usuarios rurales hacia los servicios psicológicos formales? ¿Cómo se podría mejorar esto?
9. ¿Qué recomendaciones haría para que la atención en salud mental sea más efectiva y accesible para las comunidades rurales, considerando los factores culturales?



**INFORME SOBRE ANÁLISIS DE SIMILITUD O ANTIPLAGIO A TRAVÉS DE
TURNITIN**

Cuenca, 16 de julio de 2025

Señor:
Ps. Cl. Pedro Muñoz A, Mgs.
DIRECTOR DE CARRERA DE PSICOLOGÍA
Presente

Por medio del presente como profesor encargado del informe de similitud o antiplagio del trabajo de titulación denominado: **"LA SALUD MENTAL EN EL TEJIDO CULTURAL RURAL CUENCANO: VOCES DETERAPEUTAS Y USUARIOS SOBRE ACCESO Y ATENCIÓN, 2025"**, que ha sido desarrollado por la estudiante **KAREN MICAELA TOLEDO ORELLANA**, bajo la opción de titulación **SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN**, informo que, de acuerdo al informe de similitud o antiplagio del sistema TURNITIN el documento presenta un **10%** de similitud a otros documentos publicados.

De antemano agradezco por la gentil atención brindada a la presente.

Atentamente,

**ELISABETH
JIMENEZ
PESANTEZ**

Firmado
digitalmente por
ELISABETH JIMENEZ
PESANTEZ

Fecha: 2025.07.16
09:16:31 -05'00'

Mst. Elisabeth Jiménez Pesántez

Cl. 0103221495