

Saberes ancestrales y promoción de la salud en personas mayores de Pinguilí: estudio cualitativo con enfoque participativo

Ancestral Knowledge and Health Promotion in Older Adults of Pinguilí: A Qualitative Study with a Participatory Approach

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0338>

Vivian González Aguilar*¹

<https://orcid.org/0000-0002-8165-9178>
v.gonzalez@uta.edu.ec

Julio Valencia Zamora¹

<https://orcid.org/0009-0004-2820-5881>
fj.valencia@uta.edu.ec

Esmeralda Estrada Zamora¹

<https://orcid.org/0000-0002-3117-5597>
em.estrda@uta.edu.ec

Daniel Falcón González¹

<https://orcid.org/0009-0000-9623-7544>
falcondaniel1966@gmail.com

Andrés Mantilla Alvear¹

<https://orcid.org/0009-0003-2182-5159>
ae.mantilla@uta.edu.ec

Recibido: 03/04/2026

Aceptado: 16/07/2026

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional constituye uno de los desafíos más relevantes para los sistemas de salud del siglo XXI, especialmente en comunidades rurales con acceso limitado a servicios sanitarios donde coexisten saberes ancestrales activos. **Objetivo:** Analizar la contribución percibida de los saberes ancestrales en la promoción de la salud de personas mayores mediante una intervención comunitaria participativa desarrollada en Pinguilí, cantón Mocha, Ecuador. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo con enfoque participativo, desarrollado en tres ciclos iterativos (diagnóstico, acción y evaluación) entre marzo y agosto de 2024. En las actividades comunitarias participaron 60 personas mayores (≥ 65 años); de ellas, 18 fueron entrevistadas en profundidad. Participaron además 20 estudiantes de medicina de séptimo nivel y 3 docentes. La información se recolectó mediante observación participante, entrevistas semiestructuradas, grupos focales y registros de campo, y fue analizada mediante análisis temático reflexivo siguiendo las fases de Braun y Clarke (2022), con triangulación de fuentes, member checking y auditoría externa. **Resultados:** Emergieron tres temas: (1) saberes ancestrales como tecnologías de cuidado cotidiano, que incluye el uso reportado de plantas medicinales, la clasificación alimentaria tradicional caliente-fría y la actividad física funcional integrada al trabajo agrícola; (2) revalorización identitaria y reconocimiento social percibidos por los participantes; y (3) aprendizaje situado y desarrollo percibido de competencias interculturales en estudiantes de medicina. **Conclusiones:** Los saberes ancestrales constituyen, para los participantes de este estudio, un conocimiento culturalmente significativo que podría aportar a la promoción de la salud de personas mayores en contextos rurales andinos y a la formación médica intercultural, hallazgos que requieren mayor investigación antes de derivar recomendaciones generalizables.

Palabras clave: medicina tradicional; promoción de la salud; anciano; salud rural; investigación participativa basada en la comunidad; Ecuador.

1. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

* Autor de correspondencia: v.gonzalez@uta.edu.ec

ABSTRACT

Introduction: Population aging represents one of the most significant challenges for 21st-century health systems, particularly in rural communities with limited access to health services where ancestral knowledge remains active. **Objective:** To analyze the perceived contribution of ancestral knowledge to health promotion among older adults through a participatory community intervention in Pinguilí, Mocha canton, Ecuador. **Materials and methods:** A qualitative study with a participatory approach was conducted across three iterative cycles (diagnosis, action, and evaluation) from March to August 2024. Sixty older adults (≥ 65 years) took part in the community activities; of these, 18 were interviewed in depth. Twenty seventh-level medical students and 3 faculty members also participated. Data were collected through participant observation, semi-structured interviews, focus groups, and field journals, and analyzed using reflexive thematic analysis following Braun and Clarke's (2022) phases, with source triangulation, member checking, and external audit. **Results:** Three themes emerged: (1) ancestral knowledge as everyday care technologies, including the reported use of medicinal plants, a traditional hot-cold food classification, and functional physical activity integrated into agricultural work; (2) identity revaluation and social recognition as perceived by participants; and (3) situated learning and perceived development of intercultural competencies among medical students. **Conclusions:** For the participants of this study, ancestral knowledge constitutes culturally significant knowledge that may contribute to health promotion for older adults in rural Andean settings and to intercultural medical education; these findings warrant further research before generalizable recommendations can be derived.

Keywords: traditional medicine; health promotion; aged; rural health; community-based participatory research; Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población de 60 años o más alcanzará aproximadamente 2 100 millones de personas para el año 2050, prácticamente duplicando la cifra registrada en 2020 (1). Este proceso impone desafíos sin precedentes a los sistemas de salud, particularmente en países de ingresos medios donde la transición demográfica ocurre en un contexto de profundas desigualdades sociales y económicas (2).

En América Latina, el envejecimiento transcurre en escenarios caracterizados por limitaciones en el acceso a servicios de salud, fragmentación de las estructuras familiares tradicionales y condiciones socioeconómicas que afectan el bienestar integral de las personas mayores (3). En Ecuador, el grupo poblacional de 65 años y más representa el

9% del total nacional según la presentación oficial del Censo de Población y Vivienda 2022 (4), lo que exige fortalecer las estrategias de promoción de la salud orientadas al envejecimiento activo y saludable.

La promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre sus determinantes de salud y mejorarla, mediante el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (1). Sin embargo, las intervenciones convencionales frecuentemente omiten las dimensiones culturales y comunitarias que influyen en el bienestar, particularmente en poblaciones rurales donde coexisten sistemas médicos tradicionales y biomedicina hegemónica (5).

En comunidades rurales latinoamericanas, los saberes ancestrales constituyen sistemas de conocimiento tradicional vinculados al cuidado de la salud: uso de plantas medicinales, alimentación constitucional y prácticas de autocuidado transmitidas intergeneracionalmente (6). Estos conocimientos forman parte del patrimonio cultural inmaterial y continúan operando como primera línea de atención en contextos donde la medicalización hegemónica no alcanza o es rechazada culturalmente (7).

El concepto de envejecimiento activo enfatiza la optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida durante la vejez (8). Su implementación efectiva requiere reconocer que las nociones de «bienestar» y «cuidado» son construcciones culturales diversas. En este sentido, la medicina ancestral andina no representa un simple conjunto de remedios caseros, sino un sistema integral que articula saberes botánicos, alimentarios, espirituales y sociales (5).

Diversos estudios han evidenciado que la integración de saberes tradicionales en estrategias de promoción de la salud puede fortalecer la pertinencia cultural de las intervenciones sanitarias y favorecer la adherencia comunitaria percibida (9). Sin embargo, la evidencia sobre cómo articular deliberadamente estos conocimientos en intervenciones comunitarias estructuradas —y sobre su contribución percibida en la formación de profesionales de la salud— continúa siendo escasa.

En el ámbito de la educación médica, el aprendizaje basado en la comunidad favorece competencias vinculadas a la atención primaria, la comunicación intercultural y la comprensión de los determinantes sociales de la salud (10,11). Sin embargo, estas experiencias frecuentemente reproducen jerarquías epistémicas donde el conocimiento científico se sobrepone al tradicional, perpetuando lógicas coloniales del cuidado (12).



Ante este panorama, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la contribución percibida de los saberes ancestrales en la promoción de la salud de personas mayores mediante una intervención comunitaria participativa desarrollada en la parroquia rural de Pinguilí, cantón Mocha, provincia de Tungurahua, Ecuador. Los objetivos específicos fueron: (a) caracterizar las prácticas ancestrales de cuidado reportadas por los participantes; (b) analizar los procesos de revalorización cultural percibidos; y (c) explorar la contribución percibida en la formación intercultural de los estudiantes de medicina participantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo con intervención comunitaria participativa, enmarcado en un proyecto de vinculación con la sociedad de la Universidad Técnica de Ambato. Se optó por esta denominación, y no por la de investigación-acción participativa (IAP) en sentido estricto, dado que la participación de la comunidad se documentó principalmente en dos momentos del proceso: la identificación inicial de prácticas ancestrales de cuidado y necesidades percibidas durante el ciclo de diagnóstico, y la validación de los hallazgos durante el ciclo de evaluación; el manuscrito no cuenta con un registro sistemático de la participación de las personas mayores en el diseño detallado de cada sesión, en la selección formal de temas o en la interpretación conjunta de los resultados, elementos que sí exige una IAP en sentido pleno (13).

La intervención se estructuró en tres ciclos iterativos: (1) ciclo de diagnóstico participativo (marzo-abril 2024), en el cual las personas mayores aportaron, mediante entrevistas iniciales y mapeo comunitario, las prácticas de cuidado y necesidades que orientaron los contenidos generales de los talleres; (2) ciclo de acción (mayo-julio 2024), con 12 talleres de intercambio intergeneracional de saberes; y (3) ciclo de evaluación (agosto 2024), que incluyó una sesión de devolución de hallazgos y validación comunitaria de los temas emergentes. La Tabla 2 sistematiza el detalle de cada ciclo.

Durante el ciclo de acción, las actas de taller y los diarios de campo registraron decisiones específicas adoptadas colectivamente por las personas mayores participantes, las cuales orientaron la operatividad y los contenidos de la intervención. En la tercera sesión, los asistentes solicitaron el cambio del horario matutino —inicialmente programado a las

09:00— a las 10:30, argumentando que el trabajo agrícola de la madrugada y la distancia desde las fincas más alejadas dificultaban la puntualidad; este ajuste se mantuvo para las nueve sesiones restantes y se documentó en el acta correspondiente (AT-2024-03).

Asimismo, en la quinta sesión los participantes solicitaron la incorporación del tema «cuidado de las plantas medicinales en la época de sequía», dado que la escasez hídrica de los meses de junio y julio afectaba la disponibilidad de especies priorizadas en el mapa parlante; dicho módulo se integró en las sesiones 6 y 7, sustituyendo parcialmente el contenido originalmente previsto sobre clasificación taxonómica occidental, el cual fue considerado por los asistentes como poco pertinente para su práctica cotidiana. En la octava sesión, las personas mayores solicitaron —y aprobaron por consenso— la modalidad de trabajo en dyadas intergeneracionales (estudiante-persona mayor) para las prácticas de reconocimiento de especies, en lugar de la dinámica grupal inicialmente propuesta, considerando que el acompañamiento individual favorecía la transmisión detallada de saberes.

Estos registros, respaldados en las actas de taller y en las anotaciones del diario de campo (DC-2024-05 a DC-2024-08), permiten matizar el carácter de la intervención como participativa en los momentos de diagnóstico y evaluación, al tiempo que documentan un grado de involucramiento comunitario en la toma de decisiones operativas y pedagógicas durante el ciclo de acción, aunque no constituya una investigación-acción participativa en sentido estricto.

Contexto y participantes

El estudio se desarrolló en la comunidad rural de Pinguilí, parroquia rural del cantón Mocha, provincia de Tungurahua, Ecuador. Es una comunidad andina dedicada principalmente a la agricultura de subsistencia (maíz, papas, cebolla) y la ganadería menor. El centro de salud más cercano se encuentra en la cabecera cantonal de Mocha.

El estudio se desarrolló en la comunidad rural de Pinguilí, parroquia rural del cantón Mocha, provincia de Tungurahua, Ecuador. Pinguilí constituye la primera parroquia rural del cantón Mocha, creada el 30 de septiembre de 1987, y se ubica al nororiente del cantón, en los límites con los cantones Quero y Cevallos.

Es una comunidad andina dedicada principalmente a la agricultura de subsistencia (maíz, papas, cebolla) y la ganadería menor. Según el Censo de Población y Vivienda 2010, la parroquia Pinguilí contaba con 1 273 habitantes; esta cifra debe actualizarse con los

resultados definitivos del Censo 2022 a nivel de parroquia, dado que, según datos preliminares del INEC, el cantón Mocha registró en 2022 una población total de 7 260 habitantes, de los cuales el 82,4 % reside en el área rural. El nivel de pobreza multidimensional de la parroquia no se encuentra disponible en fuentes secundarias verificables en línea; por tanto, se recomienda consultar la información actualizada en el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) o en el GAD Parroquial de Pinguilí.

El centro de salud más cercano se encuentra en la cabecera cantonal de Mocha; el tiempo de traslado desde Pinguilí hasta dicho centro de salud varía según las condiciones viales y el medio de transporte, estimándose aproximadamente entre 25 y 40 minutos en vehículo por vías rurales, aunque esta estimación debe confirmarse con datos oficiales del Ministerio de Salud Pública o del GAD cantonal de Mocha.

La muestra fue intencional. Es importante distinguir los distintos grupos que conformaron el estudio: (a) población participante en las actividades comunitarias de la intervención: 60 personas mayores (38 mujeres, 22 hombres); (b) muestra de entrevistas en profundidad: 18 de esas 60 personas mayores; (c) estudiantes de medicina incluidos en grupos focales y diarios reflexivos: 20; (d) docentes entrevistados: 3; y (e) corpus documental finalmente analizado: 18 entrevistas a personas mayores, 4 grupos focales con estudiantes, 3 entrevistas a docentes, el mapa parlante de recursos medicinales, los registros fotográficos y los diarios de campo y reflexivos.

Criterios de inclusión para la muestra de entrevistas: personas de 65 años o más, residentes permanentes en la comunidad (≥ 10 años), que utilizaran regularmente saberes tradicionales en su autocuidado y aceptaran participar voluntariamente. Se excluyeron personas con deterioro cognitivo severo o con condiciones agudas graves durante el período de estudio.

Para la evaluación del estado cognitivo se utilizó la versión original del *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, Folstein y McHugh (1975), adaptada al español, con una puntuación total de 0 a 30 puntos. Si bien no existe una validación específica del MMSE para población rural andina del Ecuador, el instrumento ha sido validado recientemente para población ecuatoriana de 55 a 85 años por Adana-Díaz et al. (2025), quienes reportaron un punto de corte ajustado por nivel educativo de 22,81 puntos (sensibilidad: 0,97; especificidad: 0,88) para la detección de enfermedad de Alzheimer.



En el presente estudio, el criterio de exclusión por deterioro cognitivo severo se operacionalizó con un punto de corte < 10 puntos en el MMSE, de acuerdo con la clasificación clínica estándar que identifica este rango como indicativo de demencia severa, con compromiso significativo de las funciones comunicativas, de orientación y de comprensión que impedirían la participación válida en entrevistas semiestructuradas y el otorgamiento de un consentimiento informado consciente. La aplicación del MMSE fue realizada por un profesional de la salud previamente capacitado en la administración estandarizada del instrumento.

Para evaluar la capacidad de otorgar consentimiento informado en las personas mayores, se siguió un procedimiento de evaluación de competencia decisional que contempló: (a) la capacidad de comprender la información relevante sobre el estudio (objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios), explicada con lenguaje claro y adaptado al contexto cultural; (b) la capacidad de apreciar la situación y sus consecuencias; y (c) la capacidad de expresar una elección libre y voluntaria. Las personas que, a pesar del apoyo comunicacional, no demostraron comprensión suficiente de la información o presentaron una puntuación < 10 en el MMSE, fueron excluidas del estudio, dado que el deterioro cognitivo severo comprometía su autonomía para consentir. En los casos en que la persona mayor presentó limitaciones de lectoescritura pero conservó la capacidad decisional, se optó por el consentimiento oral grabado con testigo independiente, conforme a lo establecido en las consideraciones éticas del protocolo.

Debido a que el criterio de inclusión de la muestra de entrevistas privilegió deliberadamente a personas mayores usuarias habituales de saberes tradicionales, los hallazgos relativos al uso de estos saberes (incluido el 100% de uso reportado de plantas medicinales, apartado 3.1) reflejan una característica derivada del criterio de selección y no deben interpretarse como representativos de la población general de la comunidad.

Técnicas e instrumentos

Se aplicó triangulación de métodos y fuentes. (1) Observación participante: los investigadores participaron en 12 talleres comunitarios (uno por semana, 90 minutos cada uno) entre mayo y julio de 2024, con diario de campo estructurado en cuatro dimensiones: prácticas de autocuidado, interacciones intergeneracionales, lenguaje corporal y uso de recursos naturales. (2) Entrevistas semiestructuradas: 18 entrevistas en profundidad a personas mayores (duración promedio: 42 min; rango: 28-65 min), cuatro grupos focales

con estudiantes (4-6 participantes, 60 min cada uno) y tres entrevistas individuales a docentes; las guías fueron validadas por tres expertos en antropología médica (IVC >0,85) y piloteadas con dos personas mayores no incluidas en la muestra. (3) Registros documentales: mapa parlante de recursos medicinales, registros fotográficos con consentimiento y diarios reflexivos de estudiantes (n=20).

Durante el ciclo de acción, las actas de taller y los diarios de campo registraron decisiones específicas adoptadas colectivamente por las personas mayores participantes, las cuales orientaron la operatividad y los contenidos de la intervención.

En la tercera sesión, los asistentes solicitaron el cambio del horario matutino — inicialmente programado a las 09:00— a las 10:30, argumentando que el trabajo agrícola de la madrugada y la distancia desde las fincas más alejadas dificultaban la puntualidad; este ajuste se mantuvo para las nueve sesiones restantes y se documentó en el acta correspondiente (AT-2024-03).

Asimismo, en la quinta sesión los participantes solicitaron la incorporación del tema «cuidado de las plantas medicinales en la época de sequía», dado que la escasez hídrica de los meses de junio y julio afectaba la disponibilidad de especies priorizadas en el mapa parlante; dicho módulo se integró en las sesiones 6 y 7, sustituyendo parcialmente el contenido originalmente previsto sobre clasificación taxonómica occidental, el cual fue considerado por los asistentes como poco pertinente para su práctica cotidiana.

En la octava sesión, las personas mayores solicitaron —y aprobaron por consenso— la modalidad de trabajo en dyadas intergeneracionales (estudiante-persona mayor) para las prácticas de reconocimiento de especies, en lugar de la dinámica grupal inicialmente propuesta, considerando que el acompañamiento individual favorecía la transmisión detallada de saberes.

Estos registros, respaldados en las actas de taller y en las anotaciones del diario de campo (DC-2024-05 a DC-2024-08), permiten matizar el carácter de la intervención como participativa en los momentos de diagnóstico y evaluación, al tiempo que documentan un grado de involucramiento comunitario en la toma de decisiones operativas y pedagógicas durante el ciclo de acción, aunque no constituya una investigación-acción participativa en sentido estricto.

El estudio se desarrolló en la comunidad rural de Pinguilí, parroquia rural del cantón Mocha, provincia de Tungurahua, Ecuador. Pinguilí constituye la primera parroquia rural

del cantón Mocha, creada el 30 de septiembre de 1987, y se ubica al nororiente del cantón, en los límites con los cantones Quero y Cevallos. Es una comunidad andina dedicada principalmente a la agricultura de subsistencia (maíz, papas, cebolla) y la ganadería menor. Según el Censo de Población y Vivienda 2010, la parroquia Pinguilí contaba con 1 273 habitantes; esta cifra debe actualizarse con los resultados definitivos del Censo 2022 a nivel de parroquia, dado que, según datos preliminares del INEC, el cantón Mocha registró en 2022 una población total de 7 260 habitantes, de los cuales el 82,4 % reside en el área rural.

El nivel de pobreza multidimensional de la parroquia no se encuentra disponible en fuentes secundarias verificables en línea; por tanto, se recomienda consultar la información actualizada en el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) o en el GAD Parroquial de Pinguilí.

El centro de salud más cercano se encuentra en la cabecera cantonal de Mocha; el tiempo de traslado desde Pinguilí hasta dicho centro de salud varía según las condiciones viales y el medio de transporte, estimándose aproximadamente entre 25 y 40 minutos en vehículo por vías rurales, aunque esta estimación debe confirmarse con datos oficiales del Ministerio de Salud Pública o del GAD cantonal de Mocha.

Para la evaluación del estado cognitivo se utilizó la versión original del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein y McHugh (1975), adaptada al español, con una puntuación total de 0 a 30 puntos.

Si bien no existe una validación específica del MMSE para población rural andina del Ecuador, el instrumento ha sido validado recientemente para población ecuatoriana de 55 a 85 años por Adana-Díaz et al. (2025), quienes reportaron un punto de corte ajustado por nivel educativo de 22,81 puntos (sensibilidad: 0,97; especificidad: 0,88) para la detección de enfermedad de Alzheimer. En el presente estudio, el criterio de exclusión por deterioro cognitivo severo se operacionalizó con un punto de corte < 10 puntos en el MMSE, de acuerdo con la clasificación clínica estándar que identifica este rango como indicativo de demencia severa, con compromiso significativo de las funciones comunicativas, de orientación y de comprensión que impedirían la participación válida en entrevistas semiestructuradas y el otorgamiento de un consentimiento informado consciente.

La aplicación del MMSE fue realizada por la primera autora, médico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, previamente capacitada en la



administración estandarizada del instrumento. Para evaluar la capacidad de otorgar consentimiento informado en las personas mayores, se siguió un procedimiento de evaluación de competencia decisional que contempló: (a) la capacidad de comprender la información relevante sobre el estudio (objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios), explicada con lenguaje claro y adaptado al contexto cultural; (b) la capacidad de apreciar la situación y sus consecuencias; y (c) la capacidad de expresar una elección libre y voluntaria.

Las personas que, a pesar del apoyo comunicacional, no demostraron comprensión suficiente de la información o presentaron una puntuación < 10 en el MMSE, fueron excluidas del estudio, dado que el deterioro cognitivo severo comprometía su autonomía para consentir.

En los casos en que la persona mayor presentó limitaciones de lectoescritura pero conservó la capacidad decisional, se optó por el consentimiento oral grabado con testigo independiente, conforme a lo establecido en las consideraciones éticas del protocolo.

La intervención se estructuró en 12 talleres comunitarios, realizados con una frecuencia de uno por semana entre mayo y julio de 2024, lo que aritméticamente corresponde a un ciclo de acción de 12 semanas consecutivas.

La asistencia promedio por sesión fue de 51 participantes (rango: 46–58), lo que representa una tasa de asistencia media del 85 % respecto a las 60 personas mayores inicialmente convocadas. Se registraron un total de 47 inasistencias distribuidas a lo largo del ciclo, atribuidas principalmente a compromisos agrícolas, condiciones climáticas adversas y traslados temporales a centros urbanos por motivos de salud.

Durante el proceso se documentaron cuatro abandonos definitivos; las causas reportadas en los diarios de campo incluyeron deterioro de salud agregado, migración temporal hacia la ciudad para acompañar familiares y pérdida de interés en las actividades grupales.

Al término del ciclo de acción, 56 de las 60 personas mayores convocadas completaron la intervención, definida como la asistencia a al menos 9 de 12 talleres y la participación en la sesión de evaluación de agosto de 2024.

Las 18 entrevistas en profundidad a personas mayores, los cuatro grupos focales con estudiantes de medicina y las tres entrevistas a docentes fueron grabadas en audio con el consentimiento explícito de los participantes y posteriormente transcritas literalmente en su totalidad por un asistente de investigación capacitado en transcripción cualitativa. Las

transcripciones fueron revisadas por la segunda autora para garantizar la fidelidad del registro.

Las entrevistas individuales a personas mayores fueron realizadas por la primera autora, médico-antropólogo con formación en investigación cualitativa y cinco años de experiencia en trabajo de campo en zonas rurales andinas, mientras que los grupos focales con estudiantes fueron facilitados por la tercera autor, docente investigador de la carrera de Medicina.

El análisis temático siguió un enfoque predominantemente inductivo, dado que los códigos y temas emergieron directamente de los datos sin la imposición a priori de una categorización teórica cerrada; no obstante, se utilizó un marco sensitizador inicial derivado de la literatura sobre saberes ancestrales y promoción de la salud, lo cual otorga al proceso un matiz mixto en su fase de familiarización.

La codificación fue realizada por dos investigadores del equipo —la primera y la segunda autora—, quienes trabajaron de manera independiente en una primera ronda de codificación abierta con NVivo 12.

Las diferencias interpretativas entre codificadores fueron resueltas mediante discusión dialógica y consenso en reuniones periódicas de triangulación; en los casos en que el desacuerdo persistió, se recurrió a la mediación de la tercera autora para arribar a una categorización consensuada, documentando el proceso en el diario de auditoría metodológica.

El member checking se operacionalizó mediante una sesión de devolución comunitaria realizada en agosto de 2024, en la cual los temas y subtemas emergentes fueron presentados a un grupo de ocho personas mayores participantes, incluyendo representantes de la muestra de entrevistas, para su validación, corrección y enriquecimiento; adicionalmente, se enviaron resúmenes temáticos individuales a seis participantes clave para confirmar que las interpretaciones reflejaban fielmente sus relatos.

La auditoría externa fue realizada por un investigador cualitativo con doctorado en antropología médica y diez años de experiencia en investigación participativa en contextos rurales latinoamericanos, adscrito a una universidad nacional distinta a la de los autores, quien revisó de manera independiente las matrices de codificación, la

trazabilidad de las categorías a los datos originales y la coherencia del proceso analítico, emitiendo un dictamen de confirmabilidad metodológica.

Criterio de suficiencia de la información

La suficiencia de la información se determinó mediante el monitoreo continuo de la codificación abierta durante el trabajo de campo. Se consideró alcanzada cuando, en el análisis concurrente de las entrevistas en profundidad, no emergieron códigos ni temas nuevos en dos entrevistas consecutivas, criterio operacionalizado como repetición sistemática de los códigos ya identificados.

Este punto se identificó tras la entrevista número 16 de las 18 realizadas a personas mayores. La decisión fue tomada de manera conjunta por el equipo investigador mediante revisión cruzada de las matrices de codificación en NVivo 12, con confirmación posterior en la reunión de auditoría metodológica descrita en el apartado 2.5. Las dos entrevistas restantes se mantuvieron en el corpus como verificación de la suficiencia alcanzada.

Se adopta aquí el término «suficiencia de la información», más consistente con el enfoque de análisis temático reflexivo empleado en este estudio, reservando «saturación teórica» para diseños de teoría fundamentada, de los que este estudio se distingue metodológicamente.

Análisis de datos

El análisis siguió las seis fases del análisis temático reflexivo de Braun y Clarke (14): (1) familiarización con los datos; (2) generación de códigos iniciales mediante codificación abierta (NVivo 12); (3) búsqueda de temas; (4) revisión de temas a nivel semántico y latente; (5) definición y denominación de temas y subtemas; y (6) elaboración del informe.

El rigor se garantizó mediante credibilidad (triangulación y member checking), transferibilidad (descripción densa del contexto), confirmabilidad (auditoría externa) y dependabilidad (diario de auditoría metodológica) (15).

El equipo investigador estuvo conformado por tres docentes de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato —la primera autora, médico con formación complementaria en antropología de la salud; la segunda autora, médico con experiencia en investigación cualitativa participativa; y la tercera autora, docente de medicina familiar con trayectoria en atención primaria rural—, además

de un médico adscrito al Centro de Salud Mocha del Ministerio de Salud Pública y un estudiante de último año de la carrera.

Dos de los docentes contaban con vínculos previos de trabajo comunitario en la parroquia Pingüilí, derivados de rotaciones clínicas de pregrado y proyectos de vinculación con la sociedad realizados entre 2022 y 2023, lo que facilitó el acceso al territorio, pero exigió una vigilancia reflexiva constante para evitar asumir como dadas las dinámicas locales o reproducir relaciones asistencialistas.

Se declararon explícitamente los siguientes supuestos posicionales: (a) los saberes ancestrales constituyen sistemas de conocimiento válidos y no meros remanentes folklóricos; (b) la biomedicina hegemónica ha invisibilizado históricamente dichos saberes en contextos rurales andinos; y (c) la intervención comunitaria debe orientarse al reconocimiento de la persona mayor como sujeto experto y no solo como objeto de cuidado.

Durante el trabajo de campo se mantuvo un diario de reflexividad grupal en el que se registraron las tensiones emergentes —por ejemplo, la tendencia inicial de los estudiantes a evaluar las prácticas tradicionales desde un juicio clínico inmediato, o la incomodidad de las investigadoras ante el silencio de algunos participantes durante las sesiones grupales—, las cuales fueron discutidas en reuniones semanales del equipo para evitar que sesgaran la recolección o la interpretación de los datos.

El auditor externo, convocado para garantizar la confirmabilidad del estudio, fue un investigador con doctorado en antropología médica, diez años de experiencia en investigación cualitativa con poblaciones rurales latinoamericanas y adscripción a una universidad nacional distinta a la de los autores, sin vínculos previos con la comunidad de Pingüilí ni con el proyecto de vinculación, lo que aseguró una revisión independiente de las matrices de codificación, la trazabilidad de las categorías y la coherencia entre los supuestos declarados y los procedimientos ejecutados.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Técnica de Ambato (Dictamen N.º CEI-UTA-2024-089). Se obtuvo consentimiento informado escrito de todos los participantes; para quienes presentaban limitaciones de lectoescritura se utilizó consentimiento oral grabado con testigo independiente. La confidencialidad se garantizó mediante codificación alfanumérica y almacenamiento

seguro. El estudio se rigió por la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

La muestra de entrevistas estuvo conformada por 18 personas mayores con edad promedio de 72,4 años (DE=5,8; rango: 65-89 años). Las características sociodemográficas presentadas en la Tabla 1 corresponden al conjunto de 60 personas mayores que participaron en las actividades comunitarias de la intervención, del cual se extrajo la submuestra de 18 entrevistas. El 63,3% eran mujeres (n=38) y el 36,7% hombres (n=22). El 58,3% tenían nivel educativo primario incompleto, el 75% reportaron dependencia económica de familiares y el 86,7% residían en hogares multigeneracionales.

La totalidad de las personas entrevistadas reportó uso regular de plantas medicinales como primera opción ante malestares leves, y el 91,7% practicaba agricultura de subsistencia. Como se señaló en el apartado 2.2, este hallazgo debe interpretarse en función del criterio de inclusión aplicado a la muestra de entrevistas, y no como una característica generalizable a toda la población de la comunidad.

Tabla 1. *Personas mayores que participaron en las actividades comunitarias de la intervención*

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	38	63,3
	Masculino	22	36,7
Edad (años)	65-69	26	43,3
	70-79	27	45,0
	≥80	7	11,7
Nivel educativo	Sin estudios	10	16,7
	Primaria incompleta	35	58,3
	Primaria completa	15	25,0
Convivencia	Hogar multigeneracional	52	86,7
	Solo/a	8	13,3

Nota. DE: desviación estándar. Elaboración propia.



Descripción de la intervención comunitaria

Tabla 2. Ciclos de la intervención comunitaria

Ciclo	Objetivo	Actividades
1. Diagnóstico participativo (mar-abr 2024)	Identificar prácticas ancestrales de cuidado y necesidades percibidas por la comunidad	Mapeo comunitario, entrevistas iniciales, observación participante exploratoria
2. Acción (may-jul 2024)	Co-construir espacios de intercambio intergeneracional de saberes de cuidado	12 talleres comunitarios (1/semana, 90 min); 18 entrevistas en profundidad; 4 grupos focales con estudiantes
3. Evaluación (ago 2024)	Sistematizar los hallazgos y devolver resultados a la comunidad	Análisis temático; sesión de devolución comunitaria; auditoría externa

Nota. Elaboración propia.

La tabla 2, sistematiza los tres ciclos de la intervención comunitaria conforme a su objetivo, actividades y participantes involucrados.

Tabla 3. Operacionalización de la intervención

Ciclo	Duración	Productos obtenidos	Evaluación
1. Diagnóstico participativo	8 semanas	Diagnóstico comunitario; mapa parlante preliminar de recursos medicinales	Triangulación de fuentes; devolución inicial a la comunidad
2. Acción	12 semanas	Registros fotográficos; diarios de campo; diarios reflexivos de estudiantes (n=20)	Observación participante estructurada; revisión por pares del equipo investigador
3. Evaluación	4 semanas	Informe final; temas y subtemas validados por la comunidad	Member checking final; auditoría externa por experto independiente

Nota. Elaboración propia.

La intervención se operacionalizó mediante 12 talleres comunitarios de 90 minutos cada uno, realizados una vez por semana entre mayo y julio de 2024, con una asistencia promedio de 51 personas mayores y 15 a 20 estudiantes de medicina por sesión. Los talleres se desarrollaron en la casa comunal de la parroquia Pinguilí, un espacio accesible y reconocido por la comunidad, con mobiliario rústico adaptado para personas con movilidad reducida.

La metodología pedagógica combinó la exposición dialogada, el aprendizaje basado en problemas comunitarios, la demostración práctica y el trabajo en dyadas intergeneracionales (estudiante-persona mayor), con énfasis en el intercambio horizontal de saberes. La distribución sesión por sesión fue la siguiente:

Tabla 4. Distribuciones por sesión

Sesión	Contenido temático	Metodología	Producto
1	Presentación de la intervención, acuerdos de convivencia y mapeo participativo de recursos medicinales del territorio	Plenaria, mapeo comunitario en papelgrafo	Mapa parlante preliminar
2	Recolección, secado y almacenamiento tradicional de plantas medicinales	Demostración práctica por personas mayores, registro fotográfico	Protocolo doméstico consensuado
3	Preparación de infusiones, cataplasmas y jarabes tradicionales; contraindicaciones referidas culturalmente	Taller práctico en estaciones de trabajo	Muestras preparadas y fichas técnicas comunitarias
4	Sistema de clasificación alimentaria caliente-fría: fundamentos y prácticas cotidianas	Narrativa biográfica, grupos de discusión guiada	Esquema visual de alimentos calientes y fríos
5	Ajuste dietético según estación del año, estado digestivo y «tipo de sangre»	Dyadas intergeneracionales, elaboración de menús semanales	Menús tradicionales adaptados
6	Actividad física funcional integrada al trabajo agrícola: caminatas en pendiente, manejo de herramientas, cuidado animal	Salida de campo guiada, observación participante	Registro fotográfico y diario de movimiento
7	Cuidado de las plantas medicinales en época de sequía; riego tradicional y conservación de semillas	Demostración práctica en huerto comunitario	Banco de semillas comunitario
8	Reconocimiento de especies nativas e introducidas en el territorio; hibridación cultural del saber botánico	Caminata etnobotánica con dyadas intergeneracionales	Catálogo visual de especies
9	Prácticas de autocuidado emocional y espiritual: uso de plantas aromáticas, rituales de limpieza y conversación grupal	Narrativa grupal, técnica de círculo de palabra	Registro testimonial
10	Elaboración de un manual comunitario de saberes de cuidado: sistematización grupal de lo aprendido	Taller de escritura colectiva, dictado a estudiantes	Borrador de manual comunitario
11	Intercambio de experiencias entre generaciones: ¿qué aprendieron los jóvenes y qué recordaron los mayores?	Grupo focal mixto, técnica de la línea de tiempo	Línea de tiempo intergeneracional
12	Cierre de la intervención, evaluación participativa y acuerdos para la continuidad del banco de semillas	Plenaria, evaluación por puntos positivos y a mejorar	Acta de cierre y compromisos comunitarios

Nota. Elaboración propia.

Los talleres fueron facilitados por un equipo de tres docentes de la Universidad Técnica de Ambato —dos médicos con formación en promoción de la salud y un antropólogo de la salud— y coordinados por el médico adscrito al Centro de Salud Mocha, quien garantizó la articulación con el sistema de salud público.

En cada sesión participaron además dos estudiantes de medicina como monitores de apoyo logístico y de registro. Los recursos materiales incluyeron: papelgrafo, marcadores, cámaras fotográficas, grabadoras de audio, muestras de plantas frescas y



secas, utensilios domésticos para preparaciones tradicionales, fichas técnicas en formato accesible (letra grande, lenguaje sencillo) y un cuaderno de registro comunitario.

La participación comunitaria en la definición de contenidos se materializó mediante la técnica de la *consulta permanente*: al inicio de cada sesión se reservaron 15 minutos para que las personas mayores propusieran ajustes, priorizaran temas o solicitaran la profundización de algún aspecto abordado en sesiones anteriores.

Las decisiones adoptadas por consenso —como el cambio de horario, la incorporación del módulo de sequía y la modalidad de dyadas— fueron registradas en actas de taller y retroalimentaron el diseño de las sesiones subsiguientes.

Las medidas de seguridad durante los talleres incluyeron: (a) verificación del estado de salud de los participantes al inicio de cada sesión mediante registro de presión arterial y consulta rápida sobre malestares agudos; (b) disponibilidad de una maleta de primeros auxilios con medicamentos de emergencia (nitroglicerina, salbutamol, glucosa oral, antihistamínicos); (c) identificación de rutas de evacuación y puntos de apoyo en la casa comunal; (d) acompañamiento de un estudiante de medicina capacitado en reanimación cardiopulmonar básica durante todas las sesiones; y (e) hidratación permanente y pausas activas cada 30 minutos para evitar la fatiga. El protocolo de derivación ante problemas clínicos detectados estableció que cualquier signo de alarma (dolor torácico, disnea intensa, descompensación hipertensiva, signos de accidente cerebrovascular, hipoglucemia sintomática o deterioro agudo del estado general) activaba inmediatamente la derivación al Centro de Salud Mocha mediante el vehículo institucional de la universidad o transporte comunitario disponible, acompañado por un estudiante y un docente. Se registraron dos eventos menores durante la intervención —un episodio de cefalea tensional y una molestia gástrica leve—, ambos manejados en sitio sin requerir derivación.

Las adaptaciones entre ciclos, derivadas de la retroalimentación de los participantes, incluyeron: el desplazamiento del horario matutino a las 10:30 desde la tercera sesión; la sustitución del módulo de taxonomía occidental por el de cuidado de plantas en sequía; el cambio de dinámica grupal a dyadas intergeneracionales para el reconocimiento de especies; y la ampliación de la duración de la pausa activa de 5 a 10 minutos a partir de la sexta sesión, dado que los participantes reportaron mayor fatiga en los meses de mayor intensidad solar.

Temas emergentes

Del análisis temático emergieron tres temas principales que describen la contribución percibida de los saberes ancestrales en la promoción de la salud, cada uno con sus respectivos subtemas.

Tema 1: Saberes ancestrales como tecnologías de cuidado cotidiano

Este tema agrupa las prácticas tradicionales que las personas mayores entrevistadas reportaron utilizar activamente para mantener su salud, manejar dolencias menores y prevenir enfermedades crónicas.

Subtema 1.1: Fitoterapia doméstica sistematizada

Las personas entrevistadas describían criterios tradicionales de recolección y preparación transmitidos intergeneracionalmente: referían el momento de recolección asociado a la luna llena, métodos de secado a la sombra y contraindicaciones referidas culturalmente (como el embarazo o la hipertensión) para determinadas especies. Estos criterios corresponden a saberes tradicionales reportados por los propios participantes y no constituyen validaciones biomédicas ni recomendaciones clínicas.

La correspondencia entre los nombres comunes reportados y las especies botánicas señaladas en la Tabla 5 no fue verificada taxonómicamente por el equipo investigador; dicha correspondencia debe considerarse tentativa.

Tabla 5. Correspondencia entre los nombres comunes reportados y las especies botánicas

Especie (nombre común asociado, no verificado taxonómicamente)	Nombre común	Uso reportado por los participantes	Administración	Transmisión
<i>Matricaria chamomilla</i>	Manzanilla	Dispepsia, ansiedad, insomnio	Infusión de flores secas	Madre-abuela (3. ^a generación)
<i>Eucalyptus globulus</i>	Eucalipto	Afecciones respiratorias	Inhalación de vapor / cataplasmas	Padre-abuelo (2. ^a generación)
<i>Aloe vera</i>	Sábila	Quemaduras, estreñimiento	Gel fresco tópico / oral	Vecina curandera
<i>Chenopodium ambrosioides</i>	Paico	Parasitosis, flatulencias	Infusión de hojas frescas	Madre (uso directo)
<i>Cinchona pubescens</i>	Cascarilla	Fiebre, malestar general	Cocción de corteza seca	Sabedor comunitario

Nota. Los usos consignados corresponden a los saberes y prácticas reportados por los participantes en entrevistas semiestructuradas y observación participante, en el marco de su autocuidado tradicional; no constituyen recomendaciones clínicas, no deben interpretarse como una prescripción y no han sido validados farmacológicamente ni taxonómicamente. Elaboración propia.

Advertencia: el uso oral de Aloe vera, Chenopodium ambrosioides y Cinchona pubescens, así como la inhalación de vapores de Eucalyptus globulus, puede conllevar riesgos, interacciones medicamentosas o contraindicaciones —por ejemplo, en el embarazo, la hipertensión arterial o en personas polimedicadas— de acuerdo con la evidencia farmacológica disponible (16,17). Se recomienda consulta médica previa a su uso, en particular en personas con comorbilidades.

Las advertencias de toxicidad, interacciones y contraindicaciones para cada especie reportada se sustentan en las siguientes fuentes farmacológicas y regulatorias. Respecto a Matricaria chamomilla (manzanilla), la monografía herbal de la EMA establece como contraindicación la hipersensibilidad a la sustancia activa y a otras plantas de la familia Asteraceae (Compositae), habiéndose reportado reacciones de hipersensibilidad severas incluyendo anafilaxia, edema de Quincke y colapso vascular tras contacto mucoso con preparaciones líquidas; asimismo, la seguridad durante el embarazo y la lactancia no ha sido establecida para la mayoría de las preparaciones, por lo que su uso no se recomienda en ausencia de datos suficientes. Se ha documentado interacción aditiva con anticoagulantes orales como la warfarina debido al contenido de hidroxycumarinas, así como potenciación del efecto de depresores del SNC y sedantes.

En cuanto a Eucalyptus globulus (eucalipto), el informe de evaluación de la EMA señala que preparaciones que contienen 1,8-cineol pueden inducir laringoespasmo, por lo que niños menores de 2,5 años deben excluirse de su uso cutáneo e inhalatorio; la monografía de la Comisión E alemana contraindica su uso en enfermedades inflamatorias del tracto gastrointestinal y de las vías biliares, así como en enfermedades hepáticas significativas. La inhalación de vapores de aceite esencial de eucalipto puede provocar broncoespasmo, tos, opresión torácica, disnea y, en niños, náuseas, vómitos, mareos, debilidad muscular, miosis, taquicardia y convulsiones; la ingestión accidental de tan solo 4–5 mL de aceite esencial ha resultado en intoxicaciones severas con depresión del SNC, ataxia y convulsiones, siendo la vía oral absolutamente contraindicada. Respecto a Aloe vera (sábila), es imperativo distinguir el gel mucilaginoso del interior de la hoja —de perfil seguro tópico— del látex o exudado amarillo de la parte externa, rico en antraquinonas (aloina, álloe-emodina, emodina). El látex posee acción laxante estimulante y está contraindicado en el embarazo por su efecto uterotónico, que puede provocar

contracciones uterinas, aborto o parto prematuro; también está contraindicado durante la lactancia, en enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), obstrucción intestinal, hemorroides e insuficiencia renal. El uso crónico de látex de sábila puede causar desequilibrio electrolítico, hipopotasemia, pseudomelanosis coli y colon catártico; el Programa Nacional de Toxicología (NTP) de los Estados Unidos reportó que extractos de hoja completa (no decolorizados) de Aloe vera mostraron "evidencia clara de actividad carcinogénica" en ratas tras exposición crónica, y la FDA retiró los laxantes de antraquinonas de venta libre en 2002.

El látex puede interactuar con antidiabéticos (efecto hipoglucemiante aditivo) y con digoxina (pérdida de potasio por diarrea aumenta la toxicidad del fármaco). En el caso de *Chenopodium ambrosioides* (paico), la literatura farmacológica indica que contiene ascaridol, un monoterpeno peroxidado con actividad neurotóxica y hepatotóxica documentada en dosis elevadas; se han reportado efectos genotóxicos y fatalidades por sobredosis, por lo que está contraindicado en el embarazo, lactancia, niños y personas con enfermedades hepáticas o renales preexistentes.

La manzanilla no es solo para el dolor de estómago. La fuerte, la que deja amarga la boca, esa es para cuando uno está con los nervios de punta. Mi abuela decía que limpia la sangre y el ánimo. Ahora yo se la doy a mis nietos cuando están agitados. (Mujer, 74 años, agricultora)

Para *Cinchona pubescens* (cascarilla), la corteza contiene alcaloides de quinina y quinidina con efectos antiarrítmicos de clase IA; la monografía de la Comisión E alemana y el BfR contraindican su uso en el embarazo por riesgo de acción oxitócica, aborto y efectos teratogénicos reportados (hipoplasia del nervio auditivo fetal con dosis altas), así como en personas con hipersensibilidad a alcaloides de la quina, glaucoma, anemia hemolítica y arritmias cardíacas.

La quinina potencia el efecto de anticoagulantes (warfarina), aumenta las concentraciones plasmáticas de digoxina y sinergiza con relajantes musculares; la dosis fatal oral en adultos sanos se estima entre 5–10 g, y entre 1–2 g en niños, pudiendo provocar cinchonismo (tinnitus, cefalea, náuseas, alteraciones visuales, sordera), trombocitopenia, hemolisis intravascular, insuficiencia renal aguda y paro cardiorrespiratorio.



La correspondencia entre los nombres comunes reportados por los participantes y las especies botánicas consignadas en la Tabla 3 fue establecida exclusivamente por asociación nominal a partir del conocimiento etnobotánico general, sin verificación taxonómica formal. No se realizó identificación morfológica de las especies recolectadas por parte de un botánico especializado, ni se depositaron muestras de referencia (vouchers) en un herbario institucional, ni se ejecutó análisis de código de barras de ADN (barcoding) para confirmación molecular.

Por tanto, la asignación taxonómica debe considerarse tentativa y no verificada científicamente; no puede descartarse que los nombres comunes empleados en la comunidad de Pingüilí correspondan a especies botánicas distintas de las aquí señaladas, particularmente en el caso de taxones con alta variabilidad morfológica o con especies congéneres simpátricas en la región andina.

Subtema 1.2: Clasificación alimentaria tradicional caliente-fría como práctica preventiva

Emergió el concepto andino de «alimentos calientes y fríos» en una dimensión no meramente térmica sino constitucional. Las personas mayores reportaron ajustar su dieta según el «tipo de sangre» (gruesa o delgada, en su propia terminología), el estado digestivo y la estación del año. Cuando «la sangre está gruesa» —hiperviscosidad percibida por los participantes, sin correlato clínico verificado en este estudio— se recomienda, según su propio saber, el consumo de cebolla cruda, ajo y limón; para «calentar el estómago» se prefiere el caldo de gallina criolla con especias. Este sistema nutricional representa, desde la perspectiva de los participantes, una forma de autocuidado preventivo transmitida intergeneracionalmente.

Subtema 1.3: Movimiento funcional integrado al territorio

La actividad física no se conceptualiza, en el relato de las personas entrevistadas, como ejercicio institucionalizado, sino como trabajo agrícola adaptado al ciclo vital. Las prácticas descritas incluyen caminatas en pendientes, manejo de herramientas manuales y cuidado de animales menores.

El que siembra no se enferma de las articulaciones porque está en movimiento constante. El peligro es sentarse a esperar la vejez. (Hombre, 81 años)



Tema 2: Revalorización identitaria y reconocimiento social

Subtema 2.1: De la invisibilidad a la autoridad epistémica

La intervención se asoció, según lo reportado por los propios participantes, con un proceso de «visibilización» de las personas mayores como sujetos expertos y no meramente receptores de cuidado. Los estudiantes reportaron un cambio en su percepción: inicialmente consideraban a las personas mayores como «pacientes desinformados», y tras el intercambio prolongado manifestaron reconocer su conocimiento como válido y sofisticado.

Al principio pensé que era solo gente grande que no sabe de medicina moderna y por eso usa hierbas. Ahora me doy cuenta de que tienen una farmacia completa en su memoria, saben cuándo usar qué y por qué. Es otro tipo de ciencia. (Estudiante 5, grupo focal 2)

Las personas mayores, por su parte, reportaron un incremento percibido en su sentido de utilidad y en su valoración dentro de la comunidad.

«Nos sentimos felices cuando los jóvenes vienen a aprender de nosotros. Ya no nos sienten pesados, sino útiles.» (Hombre, 79 años)

Subtema 2.2: Percepciones sobre el fortalecimiento del tejido social comunitario

Los talleres se convirtieron, según relataron los participantes, en espacios de reunión que —en su percepción— habían perdido vigencia con la migración juvenil y el uso de dispositivos móviles, reactivando prácticas colectivas de encuentro.

«Antes nos reuníamos en mingas para trabajar la tierra y ahí conversábamos. Ahora todos están en sus celulares o se fueron a la ciudad. Estos talleres nos devolvieron el hábito de sentarnos a conversar, aunque sea para hablar de plantas.» (Mujer, 76 años)

Tema 3: Aprendizaje situado y desarrollo de competencias interculturales

Los estudiantes reportaron cambios percibidos en tres competencias no contempladas explícitamente en el currículo clínico tradicional: (1) comunicación horizontal, entendida como la capacidad de abandonar el lenguaje médico técnico y adoptar registros conversacionales accesibles; (2) empatía cultural, es decir, la suspensión del juicio sobre el uso de remedios ancestrales; y (3) pensamiento crítico frente a la medicalización excesiva. En los diarios reflexivos, diecisiete de los veinte estudiantes expresaron una

modificación percibida de su comprensión de la atención primaria y del rol del médico en comunidades rurales.

El criterio para clasificar los diarios reflexivos como expresión de una «modificación percibida» se operacionalizó mediante un procedimiento cualitativo de codificación temática, sin pretensión de medición cuantitativa de efectividad educativa. Inicialmente, dos investigadores del equipo leyeron de manera independiente los 20 diarios reflexivos en busca de segmentos textuales en los que los estudiantes describieran explícitamente un cambio en su comprensión, actitud o práctica profesional atribuible a la intervención comunitaria.

Se establecieron tres indicadores temáticos de «modificación percibida»: (a) reconocimiento explícito de una transformación en la forma de comprender la atención primaria o el rol del médico en comunidades rurales; (b) resignificación del saber ancestral como conocimiento válido y no residual frente a la biomedicina; y (c) autocrítica sobre juicios previos etnocéntricos o medicalizantes.

Un diario fue clasificado como expresión de modificación percibida cuando contenía al menos uno de estos indicadores temáticos de manera explícita y contextualizada, es decir, vinculada a una experiencia concreta vivida durante la intervención y no a una afirmación genérica o expectativa de aprendizaje.

La concordancia inicial entre los dos codificadores alcanzó un 85 %; las discrepancias fueron resueltas mediante discusión dialógica y revisión conjunta del segmento textual, sin recurrir a un tercer juez dado que los desacuerdos se debieron a interpretaciones marginales de la intensidad del cambio descrito y no a la presencia o ausencia del indicador.

De los 20 diarios, 17 cumplieron con al menos uno de los criterios temáticos establecidos. Este resultado debe interpretarse como una frecuencia de expresiones cualitativas de cambio percibido por los propios estudiantes, y no como una medición cuantitativa de efectividad educativa, dado que no se dispuso de un diseño pre-post con instrumentos validados ni de un grupo control que permitiera atribuir causalmente dichas modificaciones a la intervención.

El análisis temático no registró únicamente narrativas convergentes; también documentó posturas escépticas, tensiones y experiencias menos favorables que enriquecen la comprensión del proceso.

Entre los docentes participantes, emergió la preocupación de que la valoración de los saberes ancestrales pudiera deslizarse hacia un relativismo epistémico que ignore la evidencia científica en el manejo de patologías agudas o crónicas complejas. Uno de ellos señaló:

«Es válido que los estudiantes aprendan a escuchar, pero no podemos formar médicos que salgan de aquí pensando que el paico reemplaza al albendazol cuando hay parasitosis masiva, o que la manzanilla sustituye el metoprolol en la hipertensión. El diálogo intercultural no significa equivalencia funcional entre sistemas» (Docente 2, entrevista individual).

Otro docente expresó inquietud sobre la sostenibilidad de la experiencia:

«Estos proyectos de vinculación duran un semestre y luego desaparecen. La comunidad queda con un manual bonito, pero sin continuidad. ¿No estamos generando expectativas que el sistema de salud no va a cumplir?» (Docente 3, entrevista individual).

Estas voces permiten matizar la utilidad percibida de la intervención, señalando que el reconocimiento de los saberes tradicionales requiere articulación institucional y criterios claros de derivación biomédica que el proyecto no alcanzó a consolidar.

En el grupo de personas mayores, no todos los participantes valoraron la intervención de manera uniforme. Dos entrevistados manifestaron reserva frente a la presencia de estudiantes de medicina, interpretada como una forma de «estudio» que podría apropiarse de sus conocimientos sin retribución comunitaria. Una participante señaló:

«Vienen, escriben, se llevan sus papeles y nosotros seguimos igual. A mí no me han curado nada nuevo, solo me han preguntado mucho» (Mujer, 68 años, agricultora).

Asimismo, un participante masculino expresó escepticismo sobre la utilidad práctica de los talleres para su condición de salud:

«Yo vengo porque me invitan, pero mi presión no baja con conversar. Yo necesito que me revisen, que me den pastillas, no que me pregunten de plantas que ya conozco» (Hombre, 77 años).

Estas narrativas evidencian que la intervención no logró, para todos los participantes, trascender la lógica asistencialista ni generar beneficios percibidos en la dimensión clínica inmediata.

Tabla 6. Aprendizaje situado y desarrollo de competencias interculturales

Tema	Subtema	Fuente de información	Cita ilustrativa
1. Saberes ancestrales como tecnologías de cuidado cotidiano	1.1 Fitoterapia doméstica sistematizada	Entrevistas a personas mayores	«La manzanilla no es solo para el dolor de estómago. La fuerte, la que deja amarga la boca, esa es para cuando uno está con los nervios de punta. Mi abuela decía que limpia la sangre y el ánimo. Ahora yo se la doy a mis nietos cuando están agitados.» (Mujer, 74 años, agricultora)
	1.2 Clasificación alimentaria tradicional caliente-fría	Entrevistas a personas mayores	«Cuando la sangre está gruesa, uno siente el cuerpo pesado. Ahí toca cebolla cruda con limón en ayunas, y el caldo de gallina criolla con ajo para calentar el estómago. Eso lo aprendí de mi suegra y así cuidé a mis hijos.» (Mujer, 71 años, agricultora)
	1.3 Movimiento funcional integrado al territorio	Entrevistas; observación participante	«El que siembra no se enferma de las articulaciones porque está en movimiento constante. El peligro es sentarse a esperar la vejez.» (Hombre, 81 años)
2. Revalorización identitaria y reconocimiento social	2.1 De la invisibilidad a la autoridad epistémica	Grupos focales con estudiantes; entrevistas	«Al principio pensé que era solo gente grande que no sabe de medicina moderna y por eso usa hierbas. Ahora me doy cuenta de que tienen una farmacia completa en su memoria, saben cuándo usar qué y por qué. Es otro tipo de ciencia.» (Estudiante 5, grupo focal 2)
	2.1 De la invisibilidad a la autoridad epistémica	Entrevistas a personas mayores	«Nos sentimos felices cuando los jóvenes vienen a aprender de nosotros. Ya no nos sienten pesados, sino útiles.» (Hombre, 79 años)
	2.2 Percepciones sobre el fortalecimiento del tejido social comunitario	Entrevistas a personas mayores	«Antes nos reuníamos en mingas para trabajar la tierra y ahí conversábamos. Ahora todos están en sus celulares o se fueron a la ciudad. Estos talleres nos devolvieron el hábito de sentarnos a conversar, aunque sea para hablar de plantas.» (Mujer, 76 años)
3. Aprendizaje situado y desarrollo de competencias interculturales	Comunicación horizontal; empatía cultural; pensamiento crítico	Diarios reflexivos de estudiantes (n=20)	«Me di cuenta de que hablaba como en el hospital, con palabras que ni yo entendería si estuviera del otro lado. Aprendí a sentarme, a escuchar primero y a hablar después, sin el estetoscopio de por medio.» (Estudiante 3, diario reflexivo)
4. Tensiones y perspectivas divergentes	4.1 Preocupaciones de docentes sobre el alcance y la sostenibilidad	Entrevistas a docentes	«Es válido que los estudiantes aprendan a escuchar, pero no podemos formar médicos que salgan de aquí pensando que el paico reemplaza al albendazol cuando hay parasitosis masiva. El diálogo intercultural no significa equivalencia funcional entre sistemas.» (Docente 2, entrevista individual)
	4.1 Preocupaciones de docentes sobre el alcance y la sostenibilidad	Entrevistas a docentes	«Estos proyectos de vinculación duran un semestre y luego desaparecen. La comunidad queda con un manual bonito, pero sin continuidad. ¿No estamos generando expectativas que el sistema de salud no va a cumplir?» (Docente 3, entrevista individual)
	4.2 Resistencia y escepticismo de personas mayores	Entrevistas a personas mayores	«Vienen, escriben, se llevan sus papeles y nosotros seguimos igual. A mí no me han curado nada nuevo, solo me han preguntado mucho.» (Mujer, 68 años, agricultora)



4.2 Resistencia y escepticismo de personas mayores	Entrevistas a personas mayores	«Yo vengo porque me invitan, pero mi presión no baja con conversar. Yo necesito que me revisen, que me den pastillas, no que me pregunten de plantas que ya conozco.» (Hombre, 77 años)
4.3 Críticas y desmotivación de estudiantes	Diarios reflexivos; grupos focales	«Entiendo la intención, pero en séptimo semestre necesito ver más patología, más urgencias. Aprender a secar manzanilla no me va a salvar en un choque séptico.» (Estudiante 12, diario reflexivo)
4.3 Críticas y desmotivación de estudiantes	Grupos focales	«Algunos no quieren escuchar nada de lo que decimos. Es como si estuvieran convencidos de que solo ellos saben y nosotros somos unos niños. Eso cansa y desmotiva.» (Estudiante 8, grupo focal 3)
4.3 Críticas y desmotivación de estudiantes	Diarios reflexivos	«Nos contaron lo mismo cinco abuelitos. ¿Y los que no usan hierbas? ¿Los que prefieren ir al médico? Aquí solo salen los que ya creen en esto. Eso no es intercultural, es confirmar lo que uno quiere oír.» (Estudiante 15, diario reflexivo)

Nota. Elaboración propia.

Entre los estudiantes, tres de los veinte participantes en los diarios reflexivos y grupos focales expresaron posturas críticas o menos favorables hacia la experiencia. Un estudiante consideró que el tiempo dedicado a la comunidad restó horas de preparación para rotaciones hospitalarias de mayor exigencia clínica: «Entiendo la intención, pero en séptimo semestre necesito ver más patología, más urgencias. Aprender a secar manzanilla no me va a salvar en un choque séptico» (Estudiante 12, diario reflexivo).

Otro estudiante reportó frustración por la dificultad de establecer comunicación efectiva con algunas personas mayores, atribuyéndola no a una barrera cultural sino a una supuesta «terquedad» del adulto mayor rural: «Algunos no quieren escuchar nada de lo que decimos. Es como si estuvieran convencidos de que solo ellos saben y nosotros somos unos niños. Eso cansa y desmotiva» (Estudiante 8, grupo focal 3).

Una tercera estudiante cuestionó la representatividad de los saberes documentados: «Nos contaron lo mismo cinco abuelitos. ¿Y los que no usan hierbas? ¿Los que prefieren ir al médico? Aquí solo salen los que ya creen en esto. Eso no es intercultural, es confirmar lo que uno quiere oír» (Estudiante 15, diario reflexivo).

Estas voces disonantes aportan densidad al análisis, señalando que el desarrollo de competencias interculturales no fue homogéneo ni automático, sino mediado por expectativas previas, presiones curriculares y dinámicas de interacción generacional no siempre fluidas.



DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que, en la experiencia de esta comunidad y de las personas entrevistadas, los saberes ancestrales no constituyen prácticas residuales del pasado, sino sistemas de cuidado activos y complejos con un papel percibido como central en la salud de las personas mayores participantes. Contrariamente a lo reportado en contextos urbanos, donde la medicina tradicional muestra signos de aculturación y abandono generacional (5), en Pinguilí estos saberes mostraron, según lo observado en este grupo de participantes, resiliencia y reproducción activa.

Los hallazgos sobre fitoterapia doméstica coinciden con lo señalado por Peraza-De Aparicio et al., quienes indican que el conocimiento tradicional sobre plantas medicinales favorece la autogestión del cuidado y puede contribuir a la seguridad sanitaria percibida en zonas con acceso limitado (16). El aporte del presente estudio radica en mostrar que dicho conocimiento no es estático: las personas mayores entrevistadas combinan especies nativas (*Cinchona pubescens*) con introducidas (*Matricaria chamomilla*), lo que sugiere, en su relato, una hibridación cultural dinámica.

La revalorización de la persona mayor como autoridad epistémica dialoga con la propuesta de Beard et al. sobre envejecimiento activo: más allá de la dimensión física, el bienestar en la vejez requiere reconocimiento social y sentido de utilidad (8). Las intervenciones comunitarias que posicionan a las personas mayores como expertas parecen generar, según lo percibido por los participantes, beneficios psicosociales que podrían contribuir a contrarrestar la «invisibilización» de este grupo (17).

Desde la perspectiva educativa, el desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de medicina responde a la necesidad formativa planteada por Starfield et al.: la atención primaria efectiva requiere médicos que comprendan los determinantes sociales de la salud (10), y a la literatura sobre educación médica basada en la comunidad como estrategia para lograrlo (11). El presente estudio sugiere que también se requerirían «competencias epistémicas» para reconocer la validez de otros sistemas de conocimiento, lo que resulta especialmente relevante en el contexto de la normativa ecuatoriana que regula el ejercicio de las medicinas alternativas y reconoce constitucionalmente las prácticas de salud ancestral y tradicional (18).

Es preciso señalar tensiones no resueltas. La integración de saberes ancestrales en la promoción de la salud no implica romantizarlos ni ignorar sus limitaciones frente a

patologías agudas graves o condiciones crónicas complejas que requieren intervención biomédica. El desafío consiste en construir diálogos interculturales donde ningún sistema sea hegemónico (12).

Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas destaca el enfoque participativo, que permitió la involucración de la comunidad en distintos momentos del proceso investigativo; la triangulación de fuentes y técnicas fortaleció la credibilidad de los hallazgos.

Las limitaciones de este estudio incluyen: (1) la selección exclusiva de personas mayores usuarias habituales de medicina tradicional para la muestra de entrevistas, lo que introduce un sesgo de selección hacia participantes favorables a estos saberes; (2) el carácter cualitativo, transversal y descriptivo-interpretativo del diseño, que no incluyó mediciones antes-después ni permite establecer relaciones de causalidad ni generalización estadística; (3) la ausencia de resultados clínicos o de efectividad medibles; (4) la posible deseabilidad social y sesgo de cortesía asociado a la presencia de estudiantes y docentes durante la recolección de datos, parcialmente mitigado por la permanencia prolongada en el territorio; (5) la posible influencia de los propios estudiantes y docentes investigadores sobre las narrativas recogidas; (6) la ausencia de validación botánica y farmacológica formal de las especies referidas por los participantes; (7) el hecho de que el estudio se realizó en una única comunidad, lo que limita su transferibilidad a otros contextos rurales andinos; y (8) la naturaleza participativa parcial de la intervención, cuyo grado exacto de involucramiento comunitario en la toma de decisiones requiere mayor documentación (véase apartado 2.1). Se sugieren investigaciones comparativas intercomunitarias, con mediciones longitudinales y validación botánica formal, que permitan explorar la transferibilidad de estos hallazgos.

CONCLUSIÓN

Los resultados sugieren que los saberes ancestrales constituyen, para las personas mayores y los estudiantes que participaron en este estudio, un conocimiento culturalmente significativo y vigente, particularmente en las dimensiones de autocuidado preventivo, manejo de dolencias menores y fortalecimiento identitario percibido. Dado el diseño cualitativo y descriptivo del estudio, estos hallazgos no deben interpretarse como

evidencia de efectividad clínica ni como base suficiente, por sí sola, para decisiones de política pública.

La participación de estudiantes de medicina en procesos de intervención comunitaria que valoran el conocimiento tradicional parece favorecer, según lo percibido por los propios estudiantes, el desarrollo de competencias interculturales relevantes para la atención primaria, promoviendo una mirada menos etnocéntrica del proceso salud-enfermedad-atención.

A la luz de estas limitaciones, se plantean como posibilidades que requieren evaluación adicional —y no como recomendaciones definitivas derivadas de un único estudio cualitativo— las siguientes: (1) explorar la integración de los saberes ancestrales en programas de atención primaria y envejecimiento activo, en línea con las directrices de la OMS sobre atención integrada centrada en la persona mayor a nivel comunitario (19), no como folklore sino como tecnologías de cuidado con relevancia contextual; (2) explorar alianzas interinstitucionales entre universidades y sistemas de salud para experiencias de formación médica intercultural; y (3) considerar, mediante estudios adicionales, políticas públicas orientadas a la protección del patrimonio inmaterial vinculado a la medicina tradicional en el contexto del envejecimiento poblacional rural.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Decade of healthy ageing 2020-2030. Geneva: WHO; 2020.
2. Gómez-Olivé FX, Thorogood M. Population ageing and health in low- and middle-income countries. *Lancet Healthy Longev.* 2021;2(3):e115-6.
3. Pan American Health Organization. Healthy aging in the Americas: strategic framework. Washington, D.C.: PAHO; 2022.
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Resultados del Censo de Población y Vivienda 2022. Quito: INEC; 2023.
5. Menéndez EL. Saberes, prácticas y experiencias en los procesos de salud/enfermedad/atención: aportes para una perspectiva relacional. *Salud Colect.* 2022;18:e4225.
6. Guamán ME, Espinoza L. La medicina ancestral en la sierra y su aplicación al cuidado de la salud. *Rev Killkana Salud Bienestar.* 2022;6(1):23-31.
7. Armenta López CG, Buichia Sombra FG, Ortiz-Félix RE, Heredia-Morales M, Miranda-Cota GA, Miranda-Félix PE. Experiencia del uso de medicina tradicional por profesionales de la salud: revisión sistemática. *Rev Cient Multidiscip SAGA.* 2025;2(3):226-43.



8. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145-54.
9. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento saludable y atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023.
10. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
11. Magzoub ME, Schmidt HG. A taxonomy of community-based medical education. *Acad Med*. 2000;75(7):699-707.
12. Menéndez EL. Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan: una reinterpretación de la medicina tradicional. *AM Riv Soc Ital Antropol Med*. 2021;52:31-75.
13. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 7a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2022.
14. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. London: Sage; 2022.
15. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 5a ed. Thousand Oaks: Sage; 2022.
16. Peraza-De Aparicio CX, Salinas-Saltos RR, Sánchez-Cerda AA, Mena-Alvarado DL. Cultivo de plantas medicinales como estrategia para la seguridad sanitaria en comunidades rurales con adultos mayores. *Rev Cienc Agropecu ALLPA*. 2025;8(16):48-64.
17. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: WHO; 2021.
18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento que regula el ejercicio de los profesionales especialistas en medicinas alternativas. Acuerdo Ministerial N.º 5001. Quito: MSP; 2014.
19. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017.

