



Artículo original

Experiencias de vida y de trabajo de un grupo de epidemiólogos en formación acerca del abordaje local y departamental de problemas y situaciones de salud mental. Medellín, 2013



María Osley Garzón Duque^{a,*}, Diana Restrepo Bernal^a, Doris Alejandra Segura Cardona^b, Alejandra Valencia Vargas^c, Ivony Agudelo Salas^d y Lina Marcela Salazar Quintero^e

^a Epidemióloga, Docente, Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Epidemióloga, Psicóloga, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^c Epidemióloga, Gerente de Sistemas de Información en Salud, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^d Epidemióloga, Microbióloga Investigadora, Instituto Colombiano de Medicina Tropical (ICMT), Universidad CES, Medellín, Colombia

^e Epidemióloga, Microbióloga, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de enero de 2014

Aceptado el 3 de abril de 2014

On-line el 5 de agosto de 2014

Palabras clave:

Salud mental

Epidemiología

Investigación cualitativa

Grupo focal

Experiencias

R E S U M E N

Objetivo: Explorar desde la mirada de un grupo de epidemiólogos en formación sus experiencias de vida y de trabajo relacionadas con el abordaje de problemas y situaciones de salud mental.

Métodos: Estudio exploratorio, cualitativo-descriptivo. Se utilizaron herramientas etnográficas: observación, diario de campo y entrevistas grupales (GF).

Resultados: Refirieron los participantes que salud mental y problemas de salud mental son temas manejados indistintamente y poco diferenciados por ellos y por la comunidad en general. También manifestaron no estar preparados para el manejo de problemas mentales ni contar con el apoyo de servicios para la atención de pacientes; los temas de salud mental aún no han sido claramente dimensionados por la sociedad. La epidemiología tiene sus limitaciones, se centra más en el conocimiento de lo físico-biológico y la utilización del enfoque cuantitativo, con escasa integración del enfoque cualitativo, lo que dificulta comprender un fenómeno que supera los límites del enfoque de investigación.

Conclusiones: El abordaje de problemas de salud y enfermedad mental supera ampliamente la mirada desde un solo enfoque del conocimiento. Se debe incluir la comprensión de lo cualitativo como opción para avanzar en el conocimiento y el reconocimiento de un problema de salud pública opacado por el estigma y la desidia de la sociedad.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mgarzon@ces.edu.co, mgarzonduque@gmail.com (M.O.G. Duque).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.04.001>

0034-7450/© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Experiences of Life and Work of a Group of Epidemiologists in Training in Order to Address Mental Health Problems and Issues at Local and Departmental Level. Medellín, 2013

A B S T R A C T

Keywords:

Mental health
Epidemiology
Qualitative research
Focus group
Experiences

Objective: To examine, from the point of view of a group of epidemiologists in training, their life experiences and work related to addressing mental health problems and mental health issues.

Methods: An exploratory qualitative-descriptive study was conducted using ethnographic tools, non-participant observation, note-taking, and group interviews (FG).

Results: The participants mentioned that mental health and mental health issues are managed and poorly differentiated either by them and the community in general. They also said they were not ready to handle mental problems, or have the support of services for patient care, as mental health issues have not yet been clearly dimensioned by society. Epidemiology has its limitations, it focuses on knowledge of the physical-biological aspects and the use of quantitative approach with poor integration of the qualitative approach, thus hindering the understanding of a phenomenon that exceeds the limits of a research approach.

Conclusions: This approach to issues of health and mental illness widens the view of knowledge from only a single focus. It includes an understanding of the qualitative approach as an option to advance the knowledge and recognition of a public health problem overshadowed by stigma and apathy of society.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El concepto de salud mental en distintas culturas abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales^{1,2}.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), «no hay salud sin salud mental»³. La salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países^{4,5}.

Según Margaret Chan⁶, esta se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. Actúa como un determinante fundamental del bienestar personal, las relaciones familiares y la posibilidad de contribuir de modo positivo al desarrollo de los grupos humanos. La mala salud mental puede actuar negativamente y restringir la posibilidad de un sujeto de aprender y ocuparse productivamente de sí mismo, lo que interactúa en un ciclo negativo⁷.

Los trastornos mentales, y por abuso de sustancias, son factores de gran importancia en la morbilidad y la mortalidad prematuras en todo el mundo⁸. Los estudios epidemiológicos han estimado que las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en el curso de la vida de los adultos son de un 12,2-48,6% y las tasas de prevalencia en 12 meses alcanzan un 8,4-29,1%. El 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), puede atribuirse a los trastornos mentales, de abuso de sustancias y neurológicos^{9,10}. Casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países

con ingresos bajos y medios-bajos^{11,12}. Los trastornos mentales y por abusos de sustancias se vinculan de manera compleja con muchos otros problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, VIH/sida, tuberculosis, morbilidad ginecológica, violencia sexual y accidentes de tránsito^{13,14}, entre otros.

El Estudio de Salud Mental, Medellín Población General de 13 a 65 años¹ encontró que 27 de cada 100 personas de las edades estudiadas han sufrido uno o más trastornos mentales, valores inferiores a los reportados de la población colombiana en el Estudio Nacional de 2003, en el que se halló una prevalencia del 36,4%¹⁵. En el estudio de Salud Mental de Medellín, la prevalencia de uno o más trastornos mentales en los 12 meses anteriores al estudio fue del 14,7%¹, lo cual perfila el problema como de interés en salud pública, que se podría considerar prioritaria por «representar una carga grande en cuanto a mortalidad, morbilidad, discapacidad, costos económicos o violaciones de los derechos humanos»^{16,17}.

Los trastornos mentales y por abuso de sustancias considerados prioritarios son la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol y drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles^{18,19}.

Según la OMS, «entre el 76 y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento alguno en los países de ingresos bajos y de ingresos medios; los países de ingresos altos también presentan valores elevados: entre el 35 y el 50% de los pacientes están sin tratamiento. [...] Los trastornos mentales no tratados representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. [...] Para 2030, la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial»^{20,21}.

El Programa Mundial de Acción en Salud Mental se consolidó en el año 2002, con cuatro estrategias fundamentales:

la política, desarrollo de servicios y apoyo a la causa y la investigación²². Diez años después han aumentado sustancialmente la información y la conciencia sobre la importancia del problema en materia de salud pública, pero aún no está claro el impacto de las acciones realizadas desde lo asistencial y lo humano.

Colombia, con la Ley 1616 del 21 de enero de 2013, «expide la ley de salud mental»²³. Con ella se pretende cambiar de manera sustancial la forma en que hasta ahora se ha abordado la salud y la enfermedad mental en el país. Conscientes del reto y de la oportunidad que implica esta nueva Ley para la Epidemiología y la Salud Pública, se quiso abordar el tema de los problemas y las situaciones de salud mental locales y departamentales, desde la mirada de una cohorte de epidemiólogos en formación de la Universidad CES durante el primer semestre de 2013, optimizando la formación en investigación cualitativa que la maestría ofrece, para abordar el fenómeno de la salud y la enfermedad mental desde la perspectiva de la epidemiología, como disciplina científica que tiene un papel relevante en el abordaje de los problemas de salud mental y la generación de conocimiento válido para la toma de decisiones, optimizando la aplicación de diferentes métodos para abordar los problemas de salud pública, con el fin de motivar al estudiante desde su proceso de formación.

Métodos

Se trata de un estudio exploratorio, cualitativo-descriptivo, utilizando herramientas etnográficas de observación, diario de campo y entrevistas grupales (GF), orientado a la descripción de las experiencias de vida y de trabajo que un grupo de epidemiólogos en formación tenía acerca del abordaje de problemas y situaciones de salud mental locales y departamentales. Se tuvo en cuenta la definición de cultura como «urdimbre de tramas y significados que el hombre mismo ha tejido y cuyo análisis puede darse desde una ciencia interpretativa en busca de significaciones»²⁴ para «aprender acerca de la vida social y cultural de comunidades, instituciones y otros escenarios»²⁵. Se compartieron experiencias que aportan a la comprensión del problema, a partir de la interacción de los participantes con la moderadora. Como antecedente, el grupo había compartido el curso de investigación cualitativa y sus experiencias de vida, académicas y personales de 1,5 años, lo que facilitó un ambiente de confianza y diálogo.

Criterios de validez y calidad

Los datos siempre se discutieron con los participantes, en un proceso de concertación y consenso. Los epidemiólogos en formación tomaron sus decisiones en relación con su participación en el estudio y con la información que se debía brindar y publicar. La aplicación de los principios éticos permitió mantener una relación de respeto y privacidad en el manejo de la información.

Participantes

Participaron 9 estudiantes de la XIX cohorte de la Maestría en Epidemiología de la Universidad CES-Medellín, quienes

conocían la propuesta completa de la actividad investigativa presentada por la docente del curso «Fundamentos de Investigación Cualitativa» y manifestaron su interés en participar; además, poseían las siguientes características y cualidades: ser estudiantes del curso antes mencionado, estar dispuestos a compartir sus experiencias de vida y de trabajo, ser reconocidos por sus compañeros y haber participado en el proceso de acercamiento para la realización de las entrevistas grupales (GF).

Técnicas

Previo consentimiento informado verbal y escrito, se realizaron y grabaron dos entrevistas grupales (GF). Se tomó atenta nota del lenguaje no verbal y de los principales acuerdos y desacuerdos del grupo. Una epidemióloga en formación, «psiquiatra» del grupo, asumió el rol de moderadora y elaboró carteleras de consenso antes de pasar de una categoría a otra. Se llevó diario de campo de la observación realizada durante los GF. Grabaciones, hojas de respuesta de cada participante, diario de campo y carteleras de consenso fueron revisadas posteriormente para realizar el análisis y redactar el artículo, buscando la mejor información de los cuatro temas en estudio. Los temas en estudio se presentan como subtítulos en el apartado «Resultados». La logística de las entrevistas grupales (GF) de recolección de datos se concertaron y planearon entre la docente y el grupo de estudiantes, con roles académicos previamente asignados.

Observación

La llevaron a cabo tres estudiantes del curso antes mencionado. Una responsable de la observación general del contexto, ubicada por fuera del círculo del GF para no interferir en su dinámica, y dos más, ubicadas por fuera del entorno inmediato del GF pero con la visión del observador general, tomaron nota del lenguaje no verbal de cada uno de los participantes y sus acuerdos y desacuerdos.

Diario de campo

Estuvo a cargo del observador general; se registraron gestos, movimientos, dinámica del grupo y del ambiente físico y su entorno, consensos y disensos de los participantes y la descripción de la moderadora, las anotadoras y la investigadora principal.

Consulta de fuentes secundarias

Se obtuvo información oficial y de bases de datos científicas, artículos, textos y demás documentos que ayudaran a contextualizar el problema en estudio y permitieran hacer la introducción de la moderadora y la redacción del artículo.

Socialización de los resultados

Para presentarles la información y permitirles su revisión y opinión acerca del contenido a publicar, se socializaron los resultados con los participantes.

Análisis de la información

Las entrevistas grupales y diario de campo se transcribieron y se codificaron de manera abierta a través de un análisis comparativo constante para identificar datos de los temas en estudio previamente establecidos, y de los subtemas emergentes. Se analizaron las carteleras de consenso para los temas en estudio y las hojas de respuesta de cada participante en el análisis inicial de las entrevistas por parte de todo el grupo, con el acompañamiento de la docente responsable del proceso, dando inicio a la identificación de datos centrales con los principales acuerdos y desacuerdos y a las formas iniciales de organización de los datos alrededor de los temas en estudio, con lo que se inició el proceso de categorización que después se refinó con la codificación de las entrevistas y el diario de campo. Carteleras de consenso y hojas de respuesta sirvieron, además, para la triangulación y el refinamiento de datos y testimonios.

Aspectos éticos del estudio

Se respetó el derecho de los participantes a proteger su integridad, se garantizó la intimidad y la confidencialidad de la información y el derecho de participar o no y de retirar su consentimiento en cualquier momento sin exponerse a represalias. Una vez que el estudiante «participante» había comprendido la información, la moderadora le solicitó su voluntario consentimiento informado verbal y escrito. Los investigadores no tienen conflicto de intereses con el tema. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad CES el 14 de mayo de 2013, incluido en el acta de sesión número 58, que fundamentó la decisión en que se trata de una investigación sin riesgo de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, dado que la información que se pretende recolectar mediante la técnica de GF no trata aspectos sensibles de la conducta.

Resultados

Experiencias y acercamientos clínicos, poblacionales y comunitarios

Cada participante compartió historias de su vida laboral y de lo cotidiano a través de lo vivido por familiares, amigos o gente del común, poniendo de manifiesto las diferentes situaciones sociales que pueden aportar a la comprensión del problema (violencia, drogadicción, política, poder, etc.) desde lo profesional y personal como epidemiólogos «en formación». Como profesionales vivenciaban «problemas de salud mental» y observaban que, aunque las personas buscaban ayuda psiquiátrica y/o psicológica en los centros asistenciales de la ciudad o el departamento, frecuentemente no la encontraban. Algunas de las explicaciones dadas fueron: «existe una limitación para la atención y remisión de este tipo de pacientes, limitaciones por parte de los médicos generales para revisar pacientes con esta patología “mental”» o «no hay psiquiatra en las instituciones para recibir a los pacientes».

Se planteó el poco interés y la escasa o nula formación que reciben los profesionales del área de la salud para

afrontar los problemas mentales, y se reconoció además que «el problema de salud mental es una realidad que supera lo aprendido», que puede desencadenar la desidia por los pacientes; se expresó que en un caso: «los mismos profesionales tenían pereza de verlo en consulta, lo veían por verlo», actos que pueden generar sensaciones de impotencia, soledad, indiferencia y desorientación en los pacientes cuando están en busca de ayuda de profesionales formados en salud mental. Así lo relató una de las participantes: «me quedó la sensación de que yo había consultado por una pendejada». Si como ciudadanos no tenemos claridad con respecto al estar bien o mal en términos de salud mental, se hace más difícil el manejo del tema, pues «existe una línea delgada entre estar bien y no estarlo». El grupo también manifestó que los pacientes con problemas o enfermedades mentales son atendidos preferentemente por otras enfermedades físicas-biológicas, lo que dificulta la correcta atención y dirigirlos al tratamiento psicológico o psiquiátrico; concluyen: el sistema está construido más para atender al daño físico que a las enfermedades mentales.

Los desórdenes sociales y las deficiencias del personal asistencial y el sistema de salud para atender estos problemas han impactado negativamente en la salud mental de las personas, quienes también pueden estar manifestando, a través de sus actos y su modo de vida «en medio de la violencia», su sentir «porque el ciudadano cree que así hay que vivir».

Un tema relevante tratado por el grupo fue el estigma social con el que deben vivir las familias y las personas que padecen una enfermedad mental, que además pueden estar sometidas a diagnósticos y tratamientos incorrectos, lo cual podría derivar en mayores desequilibrios y agresividad del enfermo, al que se califica comúnmente como «loco». La sociedad en general prefiere rechazar, invisibilizar o ignorar los problemas mentales por la misma incapacidad para hacerles frente. Uno de los participantes presentó esta realidad con una experiencia profesional vivida en un municipio: «Lo trataban como loco, de pueblo en pueblo y nadie se quería hacer cargo del problema, [...] ni siquiera yo misma sabía qué hacer con él».

Formas de abordar los problemas de salud mental

El acceso a servicios de salud se consideró muy limitado y hasta «nulo». En el sistema de seguridad social actual, es débil el abordaje de este problema, es un tema casi oculto, el centro de atención sigue siendo la enfermedad y la dolencia desde lo fisiológico: «No se ha logrado dimensionar la salud física, mucho menos van a tener en cuenta este problema, que es un tabú en nuestro medio». No hay un abordaje real porque nadie quiere verlo como un problema, y eso también orienta las limitaciones para reconocerlo, «estamos deshumanizados». Aunque muchas de las enfermedades físicas actuales están relacionadas con condiciones emocionales y cognitivas, el aspecto mental pasa a un segundo plano: «El sistema no tiene problema en autorizar toda clase de exámenes para enfermedades físicas y biológicas, pero lo más difícil es acceder a una cita con un profesional de la salud mental». Una participante manifestó que, dentro de lo que veía y vivía, «muchas de las enfermedades que sufren los pacientes pueden ser psicológicas, y si en esto se interviniera oportunamente, posiblemente podría mejorar su salud en general», pero «si no

estamos interesados en aceptar que tenemos un problema, ¿cómo podríamos abordarlo?», pues es más común ocultar lo incómodo y estigmatizado por el comportamiento social que mostrar otros padecimientos que ya «superaron» la fase de estigma.

Otra línea del análisis del problema de salud mental tiene que ver con el incremento de los problemas sociales por la violencia, especialmente en la ciudad de Medellín, que «se nos vuelve parte del paisaje»; al parecer, estamos tan acostumbrados a vivir con estos problemas que abordarlos no se considera un asunto necesario. Se vive en un mundo de zozobra, angustia y temor. Las posibilidades de estudio de esta situación pueden estar «ligadas al gobernante de turno y la politiquería», «nuestro gobierno hace más énfasis en trabajar en lo más lucrativo, lo que tenga un mayor impacto económico, no se dan cuenta de que, si ayudan a impactar en la salud mental de la población, van a contribuir a mejorar otras afecciones».

La educación tendría que tener un papel prioritario, pues «este problema se inicia desde la escuela; en cada hogar, al ser un problema estigmatizador, no se atreven a abordar estos temas». El grupo de participantes aseguró que la situación podría mejorar si desde las escuelas se enseña que la salud mental podría verse afectada por cualquier aspecto de la vida y se centra la atención en la enseñanza en valores y principios para que se fortalezcan las relaciones con los semejantes y el respeto por la dignidad humana. Se observa que «se realizan muchos estudios con referencia a la salud física, gastando recursos, medicamentos, adherencia, pero que realmente no pasan de los resultados. No se percibe un mejoramiento o que se logre algo con los resultados obtenidos». El grupo advierte de que, si en salud física no se evidencia la acción, qué puede esperarse de los temas de salud mental que se encuentran en la fase de estigma social.

Limitaciones de la epidemiología para el abordaje de problemas de salud mental

Una de las grandes limitaciones es que las escuelas de epidemiología en Colombia tienen un enfoque cuantitativo, y es necesario que la epidemiología se abra hacia lo cualitativo: «La epidemiología se centra en lo más medible y fácil de cuantificar y en esos aspectos que se puede abordar desde lo cualitativo se quedan cortos». El grupo consensuó: es necesario que la epidemiología sea más abierta y disponga de canales de formación en epidemiología cualitativa; «nos han formado en medir todo cuantitativamente», y las realidades, en no pocas ocasiones, deben ser estudiadas cualicuantitativamente.

El grupo manifiesta que las escuelas de epidemiología no facilitan el aprendizaje cualitativo; durante años siempre han dado mayor importancia a los temas cuantitativos, aun sabiendo que hay problemas difíciles de cuantificar. Otra de las limitaciones descritas es la manera en que se educa a los epidemiólogos, inculcándoles siempre que «lo que no se mide no existe», «a usted no le aceptan un trabajo de grado cualitativo», expresión consensuada por el grupo, que manifiesta que se debería tener en cuenta el desarrollo de estudios mixtos que permitan abordar el problema de la salud mental desde dos enfoques, pues este es un fenómeno difícil de

medir, casi rechazado socialmente y con pacientes de difícil manejo.

Otra limitación importante de la epidemiología es los propios epidemiólogos, pues el manejo de su estatus apunta, en no pocas ocasiones, al desarrollo de investigaciones para su prestigio personal, sin ser necesariamente útiles a la comunidad («La mirada con un objetivo gratificador para sumarse a estudios, y tal vez no en la mirada social»), y el egoísmo centrado en los intereses propios se hace evidente («la principal limitación es la indiferencia y la falta de ponernos en el lugar del otro, que no sea el hecho de hacer estudios solo para implementar experiencias de investigación, la idea es llevar este tema de la salud mental a instancias donde resuene y se pueda hacer algo»).

En los abordajes cuantitativos, pueden presentarse sesgos de información, por el desconocimiento del tema y sus implicaciones. La omisión de datos por los pacientes y sus familias, por temor al señalamiento o por el miedo a sentir su intimidad revelada a personas externas al círculo cerrado del ámbito familiar, propicia la pérdida de información valiosa. El «sesgo del investigador, de querer demostrar lo que quiere demostrar», «no hay información confiable, veraz, sistemática; no hay información que nos permita tomar decisiones buenas y reales acerca de lo que está pasando con la salud mental en la población», la información «que hay, es a favor de los intereses» particulares, no necesariamente de la población.

Otra limitación es el desconocimiento y la falta de diferenciación entre salud mental y trastorno mental por parte de la comunidad y de los mismos epidemiólogos entrevistados, situación que se evidencia en el siguiente testimonio: «Si yo voy a trabajar como epidemióloga en una comunidad que no considera su salud mental como un problema, voy a tener un choque, porque el reconocimiento de un problema es básico y hay un desconocimiento de lo que es la enfermedad mental».

Puede haber información para la acción, pero ¿qué hace el gobierno con lo que encuentra en los estudios?: «¿Esto se traduce en qué?, ¿en una política pública?, ¿se vieron los resultados?, ¿hubo cambios en las políticas, o en los manejos?».

Papel de la epidemiología y las formas de abordar el problema de la salud mental a escala municipal y departamental

Las consecuencias de los cambios demográficos que se vienen dando en América latina podrían traer mayores posibilidades de trastornos mentales en las diferentes etapas de la vida, razón por la cual es necesario priorizar líneas de investigación cualitativa que acompañen y ayuden a fortalecer la investigación cuantitativa en las universidades; para proveer información a las instituciones gubernamentales que apoyen la formulación de políticas en salud mental a mediano y largo plazo, es necesario «demostrar a los entes gubernamentales la importancia de la salud mental, para que ellos puedan tomar decisiones y generar políticas que impacten de forma favorable en las comunidades». También es preciso dar espacio y campo de aplicación al enfoque de investigación cualitativa, que ha sido poco utilizado pero es cada vez más necesario para la investigación en salud pública: «La epidemiología desde la

universidad debe incentivar y avalar líneas de investigación e involucrar a los estudiantes de maestría desde temprano en la investigación cualitativa».

El grupo manifestó que una visión temprana en la utilización de los diferentes enfoques de investigación ayudaría a tener una mirada más integral en el proceso de investigación, respetando y valorando lo que se ha logrado con el uso del enfoque empírico-analítico, pero reconociendo e integrando al mundo académico de la epidemiología un enfoque cualitativo que aporte mejores soluciones a las condiciones de vida y de salud de las comunidades más vulnerables aquejadas por trastornos mentales.

La epidemiología, dentro de sus posibilidades de abordar el problema, también debe tener en cuenta «la vigilancia epidemiológica y centrarse, un poco más, en otros fenómenos que no son tan orgánicos ni tan microbiológicos; debemos pensar más en el suicidio y la violencia intrafamiliar; la vigilancia epidemiológica puede ser una gran puerta de entrada para la información», «la epidemiología debe permear los medios de comunicación masiva para divulgar la investigación cualitativa, que no se quede en los ámbitos académicos, de tal forma que dé a conocer estos problemas para que mejore la salud, para que mejore la convivencia, para que mejore el respeto por el otro».

Discusión

El grupo manifestó no tener claro de qué se estaba hablando al expresar los términos de salud y enfermedad mental. Parecía un asunto lejano, distante y circunscrito al hecho de ser o estar «loco» en el caso de la enfermedad, y en el caso de la salud fue muy recurrente confundirla con la enfermedad mental.

Los temas que emergieron dentro del abordaje de los cuatro temas propuestos coinciden con lo que otros investigadores han explorado con el enfoque cualitativo, con temas como violencia en la comunidad²⁴, violencia intrafamiliar²⁵, la familia contemporánea, relatos de resiliencia y salud mental²⁶, salud mental en situaciones de conflicto²⁷, niños escolarizados expuestos a violencia doméstica²⁸, cómo proveer servicios de salud mental a comunidades alejadas, vulnerables y pobres²⁹, el abordaje en los servicios de salud de las personas que han vivido experiencias traumáticas³⁰, la dificultad para comprender y objetivar los síntomas mentales³¹ y cómo la psicoptía varía entre culturas y subculturas³², entre otros.

También coinciden los resultados con algunos de los planteamientos que la OMS y otros investigadores plantean:

1. Los trastornos mentales son reconocidos en todo el mundo como un problema de salud pública, por la alta prevalencia y su contribución a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematuras³³. En este estudio los expertos coincidieron en que los problemas de salud mental de la población antioqueña son reales, frecuentes y cercanos, aunque sea una realidad que no se ha evidenciado suficientemente desde lo científico a escala departamental. Según la OMS, un 25% de la población mundial padecerá uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida³⁴.
2. A pesar de la alta prevalencia de estos problemas, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que

representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz³⁵. Los participantes en este caso manifestaron que las dificultades de acceso a servicios de salud mental se dan, en parte, por la escasa oferta y el predominio que tiene la atención físico-biológica. Esto reflejaría también la imposibilidad de abordar los problemas mentales en niveles primarios de atención, donde el personal asistencial está poco entrenado y hay escasos servicios, que además son poco conocidos o utilizados, con dificultades para la atención de pacientes en los centros existentes, además de los altos costos que representa su atención particular. En este mismo sentido, Alarcón³⁶, en su artículo de salud mental en América latina, refiere luces y sombras, cuando describe las deficiencias en áreas de servicios, enseñanza y adiestramiento de profesionales y en componentes de políticas de salud mental en países latinoamericanos.

3. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos en torno a las enfermedades mentales agravan la situación³⁷ ocasionando una brecha enorme en materia de tratamiento para los problemas de salud mental. En América latina y el Caribe, la depresión mayor es uno de los problemas mentales más frecuentes (58,9%)^{38,39}. Los participantes en este estudio expresaron que el estigma que implica la enfermedad mental también se disfraza de intolerancia y violencia, dirigida tanto al enfermo como a su familia. Para la comunidad puede ser mucho más fácil y menos incómodo atender y evidenciar las enfermedades físicas y biológicas, que ya superaron la fase de estigma, y dejar de lado e «invisibilizar» las enfermedades mentales que se encuentran estigmatizadas y rezagadas en lo comunitario, político y económico. Por razón o por fuerza, este problema se deberá evidenciar científicamente con claridad en el corto o mediano plazo, y la Academia es responsable en el aporte de evidencia.

Luego del primer momento «diagnóstico», los participantes se centraron en encontrar estrategias para abordar y superar las dificultades identificadas. Hubo plena coincidencia en la necesidad de educar y sensibilizar a todos los profesionales que tienen bajo su responsabilidad la atención de salud de la población, en el significado y los determinantes de la salud y la enfermedad mental, lo cual coincide con los planteamientos de la OMS⁴⁰.

Una de las propuestas referidas incluye la «formación de los investigadores en métodos de investigación cualitativos»⁴¹, que buscan «desarrollar conceptos que ayuden a comprender los fenómenos sociales en un contexto natural, prestando especial atención a significados, experiencias y puntos de vista de los participantes»⁴² por medio del uso riguroso del método, incluido el empleo de técnicas de triangulación, que «hablan del rigor que tuvieron los investigadores al conducir su trabajo»⁴³.

Si bien para algunos autores es imposible hacer epidemiología sin números⁴⁴, otros consideran que es posible que cuantitativos y cualitativos trabajen juntos, pues hay posiciones complementarias entre las dos estrategias de investigación, «esto solo implicaría ampliación y profundización del conocimiento»⁴⁵.

Son numerosos los retos que los sistemas de salud afrontan; uno de ellos es cómo proveer cuidado de la mejor forma posible⁴⁶. El abordaje de los problemas de salud mental exige una mirada compleja que logre los cambios epistemológicos necesarios para transformar actitudes y posturas de quienes tienen en sus manos este reto. La responsabilidad de la epidemiología y de los futuros epidemiólogos es lograr esta profunda transformación que el mundo actual requiere. Se ha planteado la necesidad de construir una ciencia de la salud más rica y más profunda, necesidad evidenciada por pensadores tan importantes como Morín⁴⁷, quien invita a trabajar asuntos complejos con abordajes complejos que exigen miradas reflexivas, comprensivas y plurales.

La investigación cualitativa puede ayudar a identificar aspectos clave como el estigma frente a la enfermedad mental^{48,49} y las barreras para los abordajes de la salud mental⁵⁰, situaciones que tuvieron un lugar especial en las experiencias referidas por el grupo de epidemiólogos en formación desde su experiencia profesional y personal local y departamental, descritas en el numeral 2 de este apartado. Son numerosos los aportes del enfoque cualitativo a la comprensión de problemas de salud, entre los que se encuentran: la implementación de intervenciones para prevenir eventos coronarios⁵¹; conocer las necesidades de pacientes y familias frente a la atención recibida en cuidados intensivos⁵²; comprender el significado de calidad de vida de los pacientes⁵³; cómo planear el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas⁵⁴, y la lista sería difícil de precisar tratando de ser exhaustivos. Para el presente estudio, los participantes también ven las potencialidades de este enfoque fundamentalmente en lo que tiene que ver con su aporte a lo explicativo o descriptivo desde la epidemiología clásica, lo que permite que se complementen y se potencien más los hallazgos que puedan generarse o ya estén disponibles en materia de salud mental en los ámbitos local y departamental.

Conclusiones

Los problemas y las realidades actuales en materia de salud mental para el municipio de Medellín y el departamento de Antioquia deben orientar en los investigadores del área de la salud pública y la epidemiología una mirada más amplia e integradora de los saberes que se generan desde los diferentes enfoques epistemológicos, entendiendo que es el problema lo que debe orientar el enfoque o los enfoques que se deben utilizar y que la salud mental de la población es la meta que se quiere alcanzar.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Origen del apoyo recibido en forma de subvenciones, equipo y medicamentos: para realizar las actividades del proyecto no se recibió ningún tipo de apoyo económico. La universidad CES facilitó el espacio físico y los equipos de cómputo, así como los enseres de una de sus aulas de clase para realizar la actividad de GF; el material fungible y demás recursos logísticos fueron asumidos por la docente y el grupo de estudiantes.

Este estudio es fruto de una actividad académica de generación de conocimiento con investigación rápida en campo para el curso «Fundamentos de Investigación Cualitativa» de una docente de la Facultad de Medicina de la Universidad CES y su grupo de estudiantes de la XIX cohorte de la Maestría en Epidemiología. Fue inscrito como Proyecto de Investigación en el grupo de Epidemiología y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad CES.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno en lo laboral, investigativo, económico o moral con el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. *The World Health Report 2001-Mental health: new understanding, new hope.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. Torres de Galvis Y. *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012.* En: *The WHO World Mental Health Survey Consortium.* Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, Grupo de Salud Mental, CES; 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Constitución 1946 [citado 13 Jun 2013]. Disponible en: www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [citado 18 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index4.html>
5. Global Mental Health Group. Serie sobre salud mental a escala mundial. *Lancet.* 2007 [citado 18 Jun 2013]. Disponible en: http://www.who.int/choice/publications/p_2007_Scaling-up-Mental%20health%20costs.pdf
6. Chan M. Cerrar la brecha de salud mental [internet]. Alocución pronunciada en el Foro del Programa de Acción en Salud Mental. Ginebra, Suiza 7 de octubre de 2010 [citado 13 Jun 2013]. Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/
7. mhGAP. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [versión provisional en español]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 23 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
8. *The world health report 2001.* En: *Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health

- Organization; 2001 [citado 23 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr2001/>
9. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82: 858-66.
 10. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res.* 2001;36:987-1007.
 11. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002 [citado 23 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002>
 12. Alegria M, Kessler RC, Bijl R, Lin E, Heeringa SG, Takeuchi DT, et al. Comparing mental health service use data across countries. En: Andrews G, editor. *Unmet need in mental health service delivery.* Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 97-118.
 13. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE, Walters EE. Social consequences of psychiatric disorders II: Teenage parenthood. *Am J Psychiatry Epidemiol.* 1997;154:1405-11.
 14. The world health report 2000. Health improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000 [citado 15 May 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00.en.pdf>
 15. Posada Villa J. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; fundación FES Social; 2003 [citado 15 May 2013]. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
 16. Kohn R, Levav I, Caldas-Almeida JM. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;18:229-40.
 17. Alarcon RD. Mental health and mental health care in Latin America. *World Psychiatry.* 2003;2:54-6.
 18. Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse, disorders. Geneva: World Health Organization; 2006.
 19. Chisholm D, Dollars. DALYs and decisions. *Economics aspects of the mental health system.* Geneva: World Health Organization; 2006.
 20. Chisholm D, Lund C, Saxena S. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. *Br J Psychiatry.* 2007;191:528-35.
 21. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector social responda de modo integral y coordinado a escala de país. 65.a Asamblea Mundial de la salud. Punto 13.2 del orden del día. 25 de mayo de 2012 [citado 11 Abr 2013]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/es
 22. Resolución WHA55.10 de la Asamblea Mundial de la Salud. Mental health: responding to the call for action. En: *Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May, 2002.*
 23. Colombia, El Congreso. Ley 1616 de 2013 (21 de enero), por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones [citado 25 Abr 2013]. Disponible en: www.juriscol.banrep.gov.co:8080/Leyes/.ley.1616.20
 24. Maring EF, Koblinsky SA. Teachers' challenges, strategies, and support needs in schools affected by community violence: a qualitative study. *J Sch Health.* 2013;83:379-88.
 25. Larsen MM, Krohn J, Püschel K, Seifert D. Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany. *Health Care Women Int.* 2012 [citado 25 Jun 2013]. Disponible en: www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citjournalarticle.
 26. Builes C, Bedoya HM. La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37:344-54.
 27. Rodríguez J, De la Torre A, Miranda TC. La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Rev Biomédica.* 2002;22:337-46.
 28. Swanston J, Bowyer L, Vetere A. Towards a richer understanding of school-age children's experiences of domestic violence. The voices of children and their mothers. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2014;19:184-201.
 29. Pieh-Holder KL, Callahn C, Young P. Qualitative needs assessment: healthcare experiences of underserved populations in Montgomery County, Virginia, USA. *Rural Remote Health.* 2012;12:1816.
 30. Chung JY, Frank L, Subramanian A, Galen S, Leonhard S, Green BL. A qualitative evaluation of barriers to care for trauma-related mental health problems among low-income minorities in primary care. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200: 438-43.
 31. Stotland NL. Recovery from depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35:37-49.
 32. Agorastos A, Haasen C, Huber CG. Anxiety disorders through a transcultural perspective: implications for migrants. *Psychopathology.* 2012;45:66-77.
 33. Organización de las Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991) [citado 23 May 2013]. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st2pppmif.html>
 34. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. A.G. Res. 217 A (III), Doc. A/810 p. 71 (1948) [citado 13 May 2013]. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb1udr.htm>
 35. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA). Recomendación sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental. Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser.L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 de abril 2001.
 36. Alarcón DR. Salud mental en América Latina: luces y sombras. *Rev Salus online.* 2009-2010;13 Supl 1:30-56 [citado 11 Mar 2014]. Disponible en: http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/salud_mental_la_lys.pdf
 37. Yamaguchi S, Wu S, Biswas M, Yate M, Aoki Y, Barley E, et al. Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students. *J Nerv Mental Dis.* 2013;201:490-503.
 38. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;18:229-40.
 39. mhGAP. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS; 2008 [citado 30 Abr 2013]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=259
 40. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990 [citado 30 Abr 2013]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243561367.pdf>
 41. Mays N. Qualitative research in health care. *Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research.* BMJ. 2000;320:50-2.
 42. Pope C. Qualitative research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ.* 1995;311:42-5.
 43. Okuda M, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34:118-24.

44. Diez Roux AV. En defensa de una epidemiología con números. *Salud Colectiva*. 2007;3:117-9.
45. Samaja J. ¿Qué tipo de investigaciones debe promover la Universidad? *Salud Colectiva*. 2006;2:233-5.
46. Kouimtsidiqis C, John-Smith S, Kemp F, Ikkos G. Evidence based mental healthcare and service innovation: review of concepts and challenges. *Psychiatrike*. 2013;24:45-54.
47. Morin E. Los siete saberes para la educación del futuro. New York: UNESCO; 1999 [citado 5 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.unmsm.edu.pe/occaa/articulos/saberes7.pdf>.
48. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Villellas R, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011;31:477-89.
49. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. 2003;56:299-312.
50. La suma de las partes. Complementariedad de enfoques cuantitativos y cualitativos en el proceso de toma de decisión. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108:387-90.
51. Corrigan M, Cupples ME, Smith SM, Byrne M, Leatham CS, Clerkin P, et al. The contribution of qualitative research in designing a complex intervention for secondary prevention of coronary heart disease in two different healthcare systems. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:1-10.
52. Gutiérrez B, Blanco J, Luque AM, Ramírez M, Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global*. 2008;12:1-14.
53. Connel J, Brazier J, O'Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems. A synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:138.
54. Hipple B, Adams S, Nieboer A, Bal R. Disease management projects and the Chronic Care model in action: baseline qualitative research. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:114.