

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA ATENCIÓN MÉDICA A LA ENFERMEDAD CRÓNICA: REFLEXIONES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS DE UN ESTUDIO CUALITATIVO (*)**

Francisco J Mercado (1), Elizabeth Alcántara Hernández (2), Norma Lara Flores (3), Adelita Sánchez (4) y Luz María Tejada Tayabas (5).

(1) Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud

(2) Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud

(3) Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco

(4) Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco

(5) Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería

(*) Este trabajo contó con el apoyo financiero del SIMMORELOS (clave 20000302031) y de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. En México.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas han pasado a ser objeto de creciente atención por parte de investigadores con una orientación cualitativa. Pocos trabajos, sin embargo, han profundizado en las decisiones metodológicas empleadas en los estudios. El objetivo de este artículo es presentar algunas reflexiones sobre la metodología empleada en un estudio cualitativo multicéntrico centrado en las perspectivas sobre las enfermedades crónicas y su atención. Los temas objeto de reflexión son la orientación del estudio, la selección del área y la muestra, el empleo de los grupos focales y las relaciones entre los participantes.

Concluimos sustentando que las opciones y estrategias metodológicas empleadas, más que ser un asunto de índole técnico, están íntimamente vinculadas al objeto de estudio, a las relaciones sociales establecidas entre los participantes y al contexto del estudio.

Palabras clave: Enfermedades crónicas. Atención médica. Investigación Cualitativa. Metodología.

ABSTRACT**Chronic illness health care. Reflections on the methodological procedures of a qualitative study**

Chronic diseases have been the focus of qualitative researchers. However, few studies have explained in depth the methodological options chosen in the studies and their reasons. This paper presents some reflections on the methodological strategies and procedures used in a multisite, qualitative study whose focus are the individual's perspectives on chronic conditions and medical care. Such reflections are on the study's orientation, the selection of the area, the focus groups and the social relations among participants.

We conclude stating that the methodological options and the strategies used, rather than being solely a technical issue, are deeply linked to the study's object, the social relations among participants and the context of research.

Keywords: Chronic diseases. health care. Qualitative research. Methodology.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son objeto de creciente atención por parte de investigadores con orientación cualitativa, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Hace más de una dé-

Correspondencia:
Francisco J Mercado
Apartado Postal 1-2044, Guadalajara, México
Correo electrónico: fmercado@cucs.udg.mx

cada Strauss señalaba que los investigadores, el personal de enfermería y de trabajo social y, en menor medida, de medicina, habían contribuido a entender los problemas que enfrentan los enfermos crónicos¹. A lo largo de estos años se han estudiado, entre otros temas, las experiencias, las representaciones, las concepciones y las prácticas de atención de sujetos o grupos de enfermos crónicos y de los profesionales de la salud. Múltiples perspectivas teóricas, a su vez, se han empleado para explorar tales condiciones. Destacan el interaccionismo simbólico, la teoría fundamentada, la fenomenología, el construccionismo social y la etnometodología². En forma paralela han aparecido incontables trabajos prescriptivos sobre la forma de hacer estudios cualitativos en el campo de la salud³, particularmente sobre ciertas enfermedades crónicas⁴.

A pesar de los avances logrados en la investigación cualitativa de tales condiciones, pocos investigadores se han preocupado por exponer con detalle las razones por las cuales han seleccionado las estrategias metodológicas, así como su experiencia al emplearlas y los resultados obtenidos. La explicitación de tales asuntos merece atención por varias razones: los procedimientos usados con frecuencia han sido considerados como la caja negra de los estudios, razón por la cual se critican éstos al no explicitar su metodología, por dar la impresión de falta de rigor o mostrar una disociación entre la teoría y los datos obtenidos. Pero el asunto también tiene importancia pedagógica, no sólo por la escasez de trabajos sobre el tema, sino también por la falta de explicitación de los procesos seguidos, asunto de vital importancia, no sólo para quienes se acercan al campo sino para quienes evalúan la calidad de la investigación.

El objetivo de este trabajo es presentar un conjunto de reflexiones sobre ciertos procedimientos metodológicos empleados en un estudio cualitativo multicéntrico, que compara la perspectiva de sujetos con enfermedades crónicas con la de profesionales de la

salud sobre la atención a los padecimientos. En este trabajo reflexionamos sobre las decisiones y los procedimientos implementados en torno a cuatro asuntos: la orientación del estudio, la selección del área y la muestra, la utilización de los grupos focales y las relaciones establecidas entre los participantes.

EL ESTUDIO Y SU CONTEXTO

Nuestro interés durante varios años había sido explorar la perspectiva de los actores sociales sobre los padecimientos crónicos y sus prácticas de atención. Siguiendo esa línea nos centramos en las imágenes que trasmite la prensa sobre las enfermedades crónicas⁵, la perspectiva de los sujetos enfermos sobre las causas⁶ y las trayectorias de su padecimiento⁷, la atención médica en diversos servicios médicos⁸ y la utilización de los servicios de salud⁹. A lo largo del tiempo reconocíamos la necesidad de explorar otras miradas sobre el tema, principalmente las de los profesionales de la salud y los directivos del sector.

Dados nuestros intereses previos y la literatura publicada sobre el tema, nuestro grupo de investigación decidió comparar la perspectiva de los sujetos con enfermedad crónica con la de los profesionales sanitarios sobre tales padecimientos y su atención. Nuestro interés en ese momento era indagar las prácticas de atención médica. Mas como la perspectiva de tales profesionales no es idéntica, decidimos incorporar personal de medicina y enfermería siguiendo algunos resultados publicados en esa dirección¹⁰.

El estudio también exploró las perspectivas de los sujetos enfermos y de los profesionales sanitarios en función de la ciudad donde viven. Ello implicaba llevar a cabo el estudio en distintas ciudades de México. Un objetivo adicional fue indagar tales perspectivas en base a los niveles de la atención médica. Teniendo tal asunto presente, se optó por centrarlo en el primero y segundo nivel

de atención médica; o sea, en los centros de salud comunitarios y en los hospitales generales de la Secretaría de Salud, institución que atiende a los sectores de población con menos recursos en México.

LA ORIENTACIÓN DEL ESTUDIO

Existen al menos tres posiciones respecto a la vinculación existente entre lo cuantitativo y lo cualitativo: la de compatibilidad total, la de compatibilidad ante ciertos problemas y enfoques y la de incompatibilidad total. Tal como lo señaló uno de nosotros¹¹, coincidimos con aquella posición que destaca la combinatoria de ambos ante determinados objetos y posiciones. No obstante tal reconocimiento, optamos por realizar un estudio cualitativo en tanto nos parece la estrategia más idónea para entender la perspectiva de los sujetos enfermos y de los profesionales de la salud, o sea, nuestro objeto de estudio. Un estudio epidemiológico cuantitativo por ejemplo, nos permitiría describir o analizar opiniones, creencias o representaciones en función de una o varias variables demográficas y/o sociales. Sin embargo, el producto final poco nos serviría para entender el punto de vista de estos actores sociales¹².

El interés por la perspectiva de los actores sociales nos llevó a adoptar otras decisiones. Por una parte, a reconocer que la óptica de los profesionales remite a la enfermedad, mientras que la de los sujetos enfermos al padecimiento. Ambos términos, entendidos como construcciones sociales, dan cuenta de fenómenos distintos¹³. En función de ello, en el estudio nos propusimos centrarnos en el padecimiento y/o en la enfermedad. Por otra parte, desde la óptica de los profesionales se suele hacer referencia a los pacientes, los enfermos, los diabéticos, los hipertensos, entre otros términos empleados. La preocupación por entender la mirada de quienes viven con un padecimiento remite al tema del otro, a la otredad y al reconocimiento del propio sujeto que investiga en

el otro¹⁴. De esta forma, pasamos a entender a los enfermos como actores sociales, sujetos, individuos o personas que, entre otras cosas, viven con una entidad incurable.

EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS INFORMANTES

Según Rodríguez, Gil y García¹⁵, el acceso al campo, más que un mero problema físico, es un proceso por el que el investigador va accediendo a la información fundamental para su estudio y supone, en un primer momento, un permiso para entrar a una institución o comunidad. En el caso de nuestro estudio, la selección del área de trabajo y el acceso al campo estuvieron determinados por los objetivos e interrogantes de la investigación, aunque hubo otros elementos que influyeron en tal decisión. Se trató de un proceso multi-etápico en el cual una decisión llevó a otras, aunque hubo decisiones paralelas. Una decisión tuvo que ver con la inclusión de ciertos actores y la exclusión de otros. Antes habíamos indagado la perspectiva de los sujetos enfermos, ahora nos interesaba compararla con la de los profesionales, razón por la cual incluimos ambos personajes. Sin embargo, la perspectiva sobre la enfermedad crónica y su atención no es semejante en todos los profesionales, sino que se encuentran diferencias internas. Los médicos no identifican los mismos problemas que los profesionales de enfermería, trabajo social o psicología. Por ello, se optó por incluir a los dos grupos de profesionales más numerosos. El interés por conocer la perspectiva de las personas enfermas y los profesionales de la salud en diversas ciudades llevó a la realización de un estudio multicéntrico. Pero la selección de las ciudades específicas obedeció a la ubicación de los investigadores participantes. De allí la selección de ciudades de diverso tamaño: una macrociudad (ciudad de México, 15 millones de habitantes), una ciudad grande (Guadalajara, 3 millones) y una ciudad mediana (San Luis Potosí, 800.000 habitantes). Otra ciudad pequeña más está en proceso de in-

corporación (El Salto, 50.000 habitantes). En cada una de ellas se procedió a seleccionar un barrio del sector popular donde hubiera un centro de salud a la vez que se seleccionaba un hospital al que suelen ser referidos los individuos enfermos. Ambos debían pertenecer a la Secretaría de Salud, instancia que atiende a la población sin seguridad social, ni recursos económicos para acudir a la medicina privada.

La selección de los profesionales del centro de salud se hizo para tener representantes del primer nivel de atención y la de un hospital para incorporar profesionales del segundo nivel. Los sujetos enfermos, en cambio, se seleccionaron en el barrio, dado que el trabajo no pretendía estudiar la perspectiva de los usuarios.

LA APUESTA POR LOS GRUPOS FOCALES

Dado que el propósito de nuestro estudio era examinar diferentes puntos de vista sobre los padecimientos crónicos y su atención, en particular los de enfermos crónicos y personal sanitario, se buscó un método que permitiera explorar tales enfoques, a la vez que se obtenían datos válidos y creíbles. Se consideró que los grupos focales representaban una opción adecuada para obtener tales datos, en tanto que su centro de interés lo constituye la visión colectiva sobre el problema en estudio, aunado a que posibilitaban recuperar el contexto social y cultural de los fenómenos estudiados. Estos señalamientos coinciden con los de Tuong Thi Pang y Fitzgerald, quienes sostienen que los grupos focales permiten adentrarse en la forma cómo los procesos de la enfermedad y su atención son vividos e interpretados por los individuos en su contexto social e institucional, a la vez que proporcionan información idónea para mejorar los servicios¹⁶. Aunado a los argumentos teóricos, la decisión de trabajar con grupos focales obedeció también a elementos de otra índole. Durante años, los integrantes del equipo habíamos

basado nuestros estudios en las entrevistas a profundidad con relativamente buenos resultados¹⁷. No obstante sus ventajas, decidimos no utilizarlas en este estudio porque se corría el riesgo de obtener información completamente distinta en las diferentes ciudades participantes, dado que el grado de involucramiento, formación y experiencia en el trabajo de campo eran distintos entre los integrantes del equipo. Otro motivo fue el tiempo disponible, en tanto que las entrevistas a los grupos focales suelen requerir menos respecto de las entrevistas individuales. Este asunto fue decisivo debido a que los integrantes no disponíamos del mismo tiempo para participar en la investigación dados los compromisos en las diversas instituciones educativas o asistenciales donde laboramos.

El término grupos focales ha servido para englobar distintas posiciones. Morgan señala que se trata de un método de investigación cualitativa que emplea discusiones grupales dirigidas para generar información sobre experiencias y creencias¹⁸. Madriz, en cambio, desde una orientación feminista/posmodernista, sostiene que los grupos focales pueden ser un elemento importante para el avance de una agenda de justicia social para las mujeres, porque pueden servir para exponer y validar sus experiencias cotidianas de subyugación, su sobrevivencia individual y colectiva así como sus estrategias de resistencia¹⁹. En nuestro caso, si bien utilizamos ciertas propuestas técnicas del primer autor, nos identificamos más con la perspectiva teórica e ideológica de la segunda autora.

La selección del tipo de muestreo y el número de grupos a entrevistar fueron asuntos de indudable importancia, tanto en términos teóricos como prácticos. De las opciones de muestreo existentes en la investigación cualitativa, optamos por aquel denominado muestreo teórico, cuya finalidad es encontrar ejemplos a partir de los constructos teóricos del estudio de donde se elaboran y ejemplifican²⁰. En este caso particular, nues-

tros constructos teóricos centrales fueron los de tipo de ciudad (Guadalajara, San Luis Potosí y ciudad de México), tipo de actor social (sujetos enfermos, médicos y enfermeras) y nivel de atención médica (primero y segundo).

El tamaño de la muestra lo decidimos tomando en cuenta dichos constructos teóricos, aunados a otros elementos. Aquí nos enfrentamos a una discusión que se ha polarizado entre los académicos; mientras que algunos proponen entrevistar varias veces al mismo grupo, otros sostienen la necesidad de entrevistar diferentes grupos²¹. Ante nuestra falta de experiencia en este terreno optamos por la segunda postura, aunque con el paso del tiempo nos convencimos de que la mezcla de ambas hubiera sido la más idónea porque nos hubiera generado información de mayor pertinencia. Así, se formaron los siguientes grupos en cada ciudad: tres grupos de personas con algún padecimiento crónico y que hubieran empleado los servicios públicos de salud; dos grupos de médicos de los centros de salud comunitarios y otros dos del hospital general; así como dos grupos de enfermeras de los centros de salud comunitarios y otros dos del hospital general. Ello dio un total de once grupos por ciudad, y 33 grupos en el estudio. Este número contrasta con la propuesta de diversos autores que sostienen que los proyectos que emplean grupos focales deben considerar un máximo de 6 grupos homogéneos con un número de participantes que oscile entre 6 y 8²². En nuestro estudio incluimos un número mayor de grupos ya que se trataba de un proyecto multicéntrico, que exploraba la perspectiva de tres actores en torno a la enfermedad/padecimiento y su manejo en dos niveles de atención.

En respuesta a nuestra convocatoria, el número de participantes que asistió a los grupos focales osciló entre 3 y 12. Tal situación tuvo sus efectos en el tipo y calidad de los datos obtenidos. En términos generales, los grupos menos y más numerosos presentaron el mayor número de dificultades u

obstáculos, tanto en la dinámica como en la información generada. En los primeros difícilmente se establecía una dinámica que favoreciera la exposición e intercambio de ideas; en los segundos nos enfrentamos a que varias personas no tenían la posibilidad de expresar sus opiniones, sobre todo porque otras acaparaban la conversación. Por este motivo, todos coincidimos en que el número ideal de participantes en los grupos debería ser de 6 a 7, tanto en los de sujetos enfermos como en los de profesionales. Sin embargo, este fue el caso que menos se dio.

De acuerdo a varios autores, los participantes de los grupos focales deben tener características homogéneas y no conocerse previamente entre sí²³. Este asunto reviste importancia, desde nuestra perspectiva, en la medida en que tiene implicaciones en los datos a obtener, y ante las dificultades para conformarse en ciertos medios. En los grupos que formamos de forma artificial asumimos que se trataba de grupos homogéneos de personas. Por un lado, porque todas ellas eran adultas y con algún padecimiento crónico. Más que tratar de mostrar sus diferencias según la enfermedad, lo que intentamos fue explorar su perspectiva sobre la cronicidad, que es una característica común entre los sujetos enfermos. Por otro, todos los participantes también habían acudido a los servicios públicos de salud, lo que implicaba que no tenían suficientes recursos para acudir a la medicina privada.

Asumir que los participantes deben ser extraños entre sí, implica dejar de reconocer que estos estudios se llevan a cabo en contextos sociales y culturales muy específicos, como son los barrios de las ciudades mexicanas en el presente estudio, a diferencia de las sociedades anglosajonas. En un trabajo como el aquí planteado sería difícil incorporar sujetos enfermos que fueran extraños entre sí, en tanto muchos son usuarios del único centro de salud existente y/o coinciden en numerosas actividades colectivas del barrio, como en eventos religiosos, culturales o sociales. En el caso de los médicos y el

personal de enfermería tal situación hubiera estado fuera de contexto, ya que se incluyó a los médicos del único centro de salud del barrio o del hospital general al que acuden los enfermos.

También se contempló llevar a cabo las entrevistas a los grupos fuera de los espacios clínicos, a fin de controlar el sesgo que representaría para ellos encontrarse en un ambiente donde favoreciera a los médicos o a los investigadores²⁴. En este sentido se intentó llevar a cabo las sesiones en lugares confortables y que propiciaran un clima de confianza entre los investigadores y los participantes²⁵. Sin embargo, ocurrió que al buscar espacios con estas características en los barrios, cada equipo encontró ubicaciones distintas que no necesariamente representaban los espacios identificados como propios por la población. Por ejemplo, los espacios de reunión identificados en el barrio de la Ciudad de México eran totalmente inadecuados para favorecer el intercambio de ideas y lograr una grabación aceptable, motivos por los cuales se eligió una sala de la Universidad. En el caso de San Luis Potosí, las sesiones con el grupo de enfermos tuvieron que usar espacios cercanos al centro de salud. En Guadalajara, en cambio, se ubicaron casas de los miembros de la comunidad que también participaban en las sesiones. Ello nos hizo volver a preguntarnos sobre cuáles son los lugares más idóneos para llevar a cabo entrevistas a grupos focales. En general estamos de acuerdo con aquel señalamiento donde se sostiene que esta técnica requiere de lugares adecuados según las necesidades y posibilidades del grupo de investigación, siempre y cuando se garantice el confort y la confidencialidad para favorecer la participación²⁶. Para el caso de un estudio realizado con los sectores populares, como es el presente, no es posible encontrar el lugar «idóneo» según la población, porque no existe, por lo cual se requiere buscar una alternativa teniendo en cuenta la influencia que esta situación pudiera tener en su participación y en los datos a obtener. En este sentido, nuestra experiencia con estos

grupos fue la de que los espacios pueden convertirse en ambientes propicios para la comunicación, siempre y cuando los investigadores expliquen de manera abierta los objetivos que persiguen y muestren un interés genuino por los sujetos participantes.

La participación en los grupos focales tuvo significados distintos para los actores que participaron. En el caso de los sujetos enfermos, todo parece indicar que tuvieron la posibilidad de expresar en forma abierta y espontánea sus experiencias, sentimientos y opiniones acerca de su padecimiento y la atención médica recibida. Su relación con los investigadores fue relativamente aceptable ya que, al ser éstos ajenos a los servicios médicos, asumían que sus comentarios no repercutirían en la atención médica futura. En cambio, el personal médico y de enfermería, por lo común, manifestaron cierta reticencia a exteriorizar opiniones que pudiesen interpretarse como crítica a los servicios o a su propia actuación profesional. Incluso al inicio de las sesiones solían expresar inquietudes sobre el hecho de que se estuviera realizando una evaluación de sus conocimientos o de sus acciones, temor que solía desaparecer al conocer el propósito de la investigación y la dinámica de la sesión. Nada raro era, por ejemplo, que hicieran referencia a su trabajo y lo evaluaran en términos positivos o negativos; mas ello sucedía con mayores dificultades cuando evaluaban al centro de salud o al hospital. Por estos motivos, al final terminamos considerando que este tipo de entrevista grupal presenta más inconvenientes y reticencias para evaluar los servicios médicos que la entrevista individual.

Durante varios meses también discutimos la pertinencia de realizar entrevistas estructuradas o abiertas pensando en el tipo de información que se obtendría con cada una. Decidimos empezar con las segundas a partir de un guión muy general. Sin embargo, al revisar los primeros datos nos percatamos de sus inconvenientes, sobre todo por el hecho de que los tópicos tratados y la conduc-

ción de los grupos seguía una dinámica distinta en cada ciudad, dando como resultado datos poco comparables entre sí. Por este motivo optamos por una guía con la cual pasamos a trabajar con entrevistas semi estructuradas. Al final constatamos la pertinencia de las preguntas introductorias al tema y las preguntas detonantes. Las primeras brindan pocos datos, pero centran la atención de los participantes; las segundas suscitan gran interés y por lo común aportan datos de gran pertinencia. Un ejemplo de las segundas sería: Si estuviera en sus manos cambiar los servicios de salud ¿qué haría?

LAS RELACIONES ENTRE LOS PARTICIPANTES

La realización de un estudio multicéntrico, centrado en la perspectiva de los otros, como el aquí propuesto, fue posible dada la colaboración de sujetos enfermos, sujetos profesionales de la salud e integrantes del equipo de investigación, todos ellos provenientes de ciudades y disciplinas distintas. Las relaciones que se establecieron entre todos habrán de tener efectos en las estrategias empleadas y en los datos encontrados.

La idea prevaleciente sobre el papel del investigador es que debe utilizar un lenguaje claro, tener una actitud receptiva y mostrar interés hacia lo dicho por el informante²⁷. Al respecto adoptamos una posición distinta. La intención de explorar el punto de vista de los sujetos enfermos y de los profesionales de la salud nos obligaba a obtener los datos en los espacios de los participantes más que en los de los investigadores. También asumimos que el consentimiento verbal e informado sería fundamental para favorecer una relación de confianza e igualdad. Sin embargo, la dinámica y los resultados obtenidos en el trabajo de campo nos mostraron que el involucramiento de los participantes distó de ser homogéneo, por lo menos en lo que se refiere al tiempo y al espacio.

Los lugares donde se llevaron a cabo las entrevistas no fueron considerados por los sujetos enfermos como parte de su terreno propio, a pesar de los esfuerzos realizados en ese sentido. Las instalaciones universitarias, el centro de salud, y la sede de reunión de un grupo de alcohólicos anónimos, lugares donde se realizaron las entrevistas, no resultaron ser espacios considerados como propios por los participantes. Incluso las casas de algunas mujeres donde se realizaron entrevistas constituyen un terreno en el cual la mayoría se sintió extraña, a pesar de vivir en el mismo barrio. Los profesionales de la salud, en cambio, suelen considerar el lugar donde se llevaron a cabo las entrevistas como su espacio, porque son las instalaciones sanitarias donde se reúnen habitualmente, sea por motivos académicos, administrativos o de alguna otra índole y ubicarse en su lugar de trabajo.

También se encontraron diferencias en cuanto al momento de definir la realización de dichas entrevistas. Las entrevistas a los sujetos enfermos por lo común se llevaron a cabo en una fecha definida entre ellos y el equipo de investigación, aunque la opinión de los segundos tuvo un peso importante. En cambio, las entrevistas grupales en los centros de salud y al personal de enfermería del hospital dependieron casi siempre de la decisión tomada entre los directivos y el equipo de investigación, teniendo más peso la de los primeros. Las entrevistas a los médicos especialistas en el hospital, además de haber tenido el proceso de negociación más largo, fueron el producto de los acuerdos entre algún directivo y los propios médicos, pasando a un segundo término la opinión de la(o)s investigadora(e)s.

Las relaciones entre los integrantes del equipo de investigación tuvieron una dinámica *sui generis* en tanto la colaboración se dio desde ciudades, antecedentes disciplinares, experiencias e, incluso, pertenencia a géneros diferentes. Carolina Martínez ha reportado una situación relativamente semejante, pero con implicaciones distintas, en

un estudio llevado a cabo por un grupo de mujeres académicas de distintas profesiones²⁸.

Los integrantes del equipo de investigación laboramos en universidades públicas de México, en Guadalajara, San Luis Potosí y la ciudad de México. Nos habíamos conocido e iniciado una relación en los cursos de metodología cualitativa en salud. Tal contacto nos permitió compartir intereses por el estudio de las enfermedades crónicas, razón por la cual decidimos participar en el estudio. Durante el mismo fuimos incorporando estrategias a fin de lograr una retroalimentación permanente y una comunicación ágil. Entre otras, se utilizó el correo electrónico, las reuniones de trabajo *on line*, las reuniones de capacitación en una ciudad específica, el correo postal, etcétera. A pesar de tal diversidad de opciones, la retroalimentación de ideas y experiencias por lo común fue lenta y a destiempo, lo cual dificultó enriquecer las propuestas específicas que fueron surgiendo durante el trabajo de campo. Por ejemplo, las estrategias que funcionaban o que no tenían posibilidades de ser implementadas durante las entrevistas, fueron socializadas semanas o meses después cuando se tuvieron las reuniones de trabajo o se enviaron las notas de campo. No tenemos claridad sobre el factor que mayor influencia tuvo en tal situación, pero nos parece que se debió a una combinatoria de razones de índole diversa. Sólo un caso al respecto, la imposibilidad de tener sesiones de trabajo *on line* no sólo se debió a un problema tecnológico, ante la incompatibilidad inicial de los programas, también parece estar presente la falta de costumbre en su uso, aunado a las múltiples actividades que los integrantes del grupo llevan a cabo en la academia o en la administración, así como por la incompatibilidad en sus horarios de trabajo.

La investigación cualitativa suele asumir una perspectiva interdisciplinaria²⁹. Bajo tal premisa, veíamos con satisfacción los diversos antecedentes disciplinarios del equipo: una médica con maestría en tecnología edu-

cativa, una médica con estudios de maestría en salud pública, una odontóloga con maestría en salud pública, una enfermera con estudios de maestría en educación, una enfermera general y un médico con doctorado en ciencias sociales. La conformación multiprofesional del equipo, suponíamos, contribuiría a la incorporación de distintas perspectivas. No obstante nuestra coincidencia en tales supuestos, en la práctica nos enfrentamos a una serie de situaciones que cuestionaban tal riqueza. Algunos de nosotros nos preguntamos durante varios meses cuál sería el aporte específico de las disciplinas involucradas. Pero empezamos a constatar, que nuestra mirada como profesionales de la salud reproducía los fundamentos del modelo biomédico. En particular todos fuimos orados en una concepción poco preocupada por entender el punto de vista de los otros; esto es, de los enfermos, de los médicos. Por este motivo, con frecuencia, seguíamos haciendo eco de la mirada biomédica, más que escuchar, entender o escribir sobre el punto de vista de los otros. Pero no sólo se trataba de la reproducción de cierto tipo de concepciones, también reproducíamos actitudes y prácticas ancestrales de la medicina, tal como es la relación que se establecen entre médicos, enfermeras y otro personal de la salud. Sin tener respuestas sobre el asunto, alguna vez nos preguntamos si la falta de cuestionamiento al proyecto en términos teóricos o metodológicos fue producto de su calidad, de cierto pragmatismo, o del hecho de haber sido formulado por un médico.

Otro dato que cuestiona el supuesto de las ventajas de un equipo con integrantes de distintas disciplinas tuvo que ver con la obtención de los datos. Mientras que los integrantes del equipo de Guadalajara, un médico y una médica, llevaron a cabo los trámites y las mismas entrevistas en el hospital en relativamente poco tiempo, dichas entrevistas no se habían podido llevar a cabo en San Luis Potosí después de varios meses. Las participantes del equipo en esta ciudad son mujeres, enfermeras y las más jóvenes. Dadas las dificultades reiteradas e incompre-

sibles para llevar a cabo dichas entrevistas, también nos hemos preguntado si el resultado hubiera sido semejante en el caso hipotético de si quien hubiera estado a cargo del estudio en esa ciudad hubiera sido un médico.

Dos consideraciones acerca de las relaciones de género que también pudieron haber influido en el estudio. Una situación es la de que el coordinador fue un varón, en un grupo eminentemente femenino. Esta circunstancia, ha sido asimilada y manejada de manera positiva por las mujeres del equipo e incluso se han destacado sus ventajas. Mas esto no significa que la mirada femenina haya prevalecido en la formulación del estudio, en las estrategias seleccionadas ó en las técnicas de análisis. Ello se puede constatar, solo por poner un ejemplo, en el estilo de redacción de este trabajo.

CONSIDERACIONES FINALES

El propósito de este trabajo ha sido presentar un conjunto de reflexiones sobre las decisiones metodológicas tomadas en un estudio cualitativo; tal estudio se centra en la perspectiva de sujetos enfermos y profesionales de la salud sobre las enfermedades y padecimientos crónicos y su atención. Varias consideraciones finales derivan de los puntos expuesto en los párrafos previos.

Tanto las decisiones como las estrategias metodológicas empleadas en el estudio van más allá de las soluciones técnicas y neutras que parecen derivar de las prescripciones formuladas en textos de metodología cualitativa. Tales decisiones también rebasan la descripción densa, puntual y aséptica que caracteriza a ciertos estudios «cualitativos» de corte etnográfico, fenomenológico o naturalista en el campo de la salud. El asunto es fundamental porque la metodología cualitativa en salud hoy en día requiere de un mayor rigor y credibilidad.

El asunto metodológico toral de éste fue entender la perspectiva de los otros, tal

como lo han planteado otros autores³⁰. El método o la técnica a emplear deriva en primera instancia del objeto de estudio. La técnica aquí empleada, es decir, el grupo focal, fue la idónea en varios sentidos, pero con algunas limitaciones. Entre otras porque difícilmente permite expresar en forma abierta opiniones críticas sobre ciertos temas, como serían los servicios de salud o la referencia a temas íntimos del padecimiento, por ejemplo la sexualidad en las personas enfermas, los conflictos en las relaciones con sus familiares, amigos, conocidos o vecinos. Ante tales limitaciones, una opción a considerar en estudios como el aquí presentado sería la triangulación de métodos. La entrevista individual, la observación participante ó la revisión de fuentes secundarias, en ciertos contextos podrían brindar información que difícilmente se obtendrá mediante los grupos focales.

El trabajo de campo constituye un espacio de relaciones sociales. Este señalamiento de Robles³¹ sintetiza varios pronunciamientos formulados a lo largo de nuestra exposición. Entre otras cosas se ha destacado que las decisiones, estrategias y procedimientos metodológicos empleados en el estudio derivan de las relaciones establecidas entre los participantes, en este caso los sujetos enfermos o los profesionales con los investigadores. Este asunto no sólo trata de una cuestión de «*rapport*». Las relaciones establecidas a lo largo del estudio remiten a relaciones atravesadas por cuestiones de género, clase social, antecedentes disciplinarios e, incluso, generacional. Tales relaciones ni son igualitarias ni se viven en los mismos términos. Esto tendrá, en consecuencia, efectos sobre el tipo y la calidad de los datos obtenidos.

Las decisiones metodológicas siempre deben ser entendidas en el contexto de las circunstancias en que se realiza el estudio. Según se ha reiterado a lo largo del trabajo, múltiples circunstancias influyeron en las estrategias y los procedimientos empleados. Entre otras, cabe destacar lo difícil de encontrar un lugar idóneo para realizar una en-

entrevista grupal en un barrio popular urbano o la imposibilidad de conformar grupos de personas extrañas entre sí, como señalan los textos, entre los habitantes del barrio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de las personas, médicos y enfermos, que participaron en el estudio en forma desinteresada. También a las autoridades de los servicios que nos apoyaron en forma decidida. Yesica Rangel colaboró en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strauss A. Preface. *Soc Sci Med* 1990; 30(11): V-VI.
2. Mercado FJ, Lizardi A, Villaseñor M. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. coordinadores. *Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.
3. Yach D. The use and value of qualitative of quantitative methods in health research in developing countries. *Soc Sci Med* 1992; 35: 603-12.
4. Anderson LA, Zimmerman MA. Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Educ Couns* 1993; 20: 27-36.
5. Mercado FJ, Robles L, Moreno N, Franco C. Inconsistent Journalism: The coverage of chronic diseases in the mexican press. *J Health Commun* 2001; 6: 235-47.
6. Mercado FJ, Ramos I. Diabetes: the layperson's theories of causality. *Qual Health Res* 2002; 12(6): 793-807.
7. Mercado FJ, Robles L, Ramos I, Torres T, Alcántara E, Moreno N. La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. En: Mercado FJ, Robles L. *Compiladores. Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998. p. 223-46.
8. Mercado FJ, Ramos I, Valdéz E. La perspectiva de enfermos crónicos del sector popular sobre la atención médica. *Cad Saude Publica* 2000; 16: 109-18.
9. Mercado FJ, Alcántara E, Lizardi A, Benitez R. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes (en prensa).
10. Lipton RF, Losey LM, Giachello A, Méndez J, Girotti MH. Attitudes and issues in treating Latinopatient with type 2 diabetes: view of health care providers. *Diabetes Educ* 1998; 24: 67-71.
11. Mercado FJ, El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado FJ, Torres TM. *compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría método y práctica*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara/Plaza y Valdéz; 2000. p. 47-72.
12. Menéndez EL. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones* 1997; 69: 237-70.
13. Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Ann Rev Anthropol* 1982; 11: 257-85.
14. Todorov T. *La conquista de América. El problema del otro*. México: Siglo Veintiuno; 1987.
15. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ed. Aljibe; 1996.
16. Thi pan, Fitzgerald MH. *Guide for the use of focus groups in health research*. North Parramatta Transcultural Mental Centre Monograph; 1996.
17. Mercado FJ, *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1996.
18. Morgan DL. *The focus groups guidebook. Focus group kit 1*. Thousand Oaks: Sage; 1998. p. 11.
19. Madriz C. Focus groups in feminist research. En: Denzin NK, Lincoln YS. *editores. The handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE. p. 835-50.
20. Kuzel AJ. Sampling in qualitative inquiry. En: Crabtree BE, Miller WL. *editores. Doing qualitative research*. Newbury Park: SAGE; 1992. p. 31-44.
21. Krueger RA. *Focus groups A practical guide for applied research*. 2.ª ed. Thousand Oaks: ed. SAGE; 1994.
22. Morgan DL. *The focus groups guidebook*. Thousand Oaks: SAGE; 1998. Vol 4. p. 1-103.

23. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica quialitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substancias. *Saude Publica* 1996; 30: 283-93.
24. Quandt SA, Arcury TA. Qualitative methods in arthritis research. Overview and data collection. *J Care Research*. 1997; 10: 273-81.
25. Clarke A. Focus group interviews in health-care research. *Prof Nurse* 1999; 14: 395-7.
26. Morgan DL. Focus groups and qualitative research. Thousand Oaks: SAGE; 1997.
27. Goetz JP, Le Compte MD. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata; 1984.
28. Martínez C. Unexpected findings a female team in Xochimilco. México. *Qual Health Res* 1999; 9: 11-25.
29. Pope C, Mays N. Qualitative methods in health and health services research. En: Mays N, Pope C. editores. *Qualitative Research inn Health Care*. London: BMJ; 1996. p. 1-09.
30. Luft HS. The role of perspective. *HSR: Health Services Research* 2002; 37: 245-250.
31. Robles L. *Del amor al trabajo. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. [Tesis doctoral]. Guadalajara: CIESAS/Universidad de Guadalajara; 2002.