

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| <i>Autores</i> | 11 |
| <i>Presentación</i> | 15 |
| <i>Prólogo.</i> Ferrán Martínez Navarro | 17 |

MÓDULO 1

INTRODUCCIÓN A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

| | |
|--|-----|
| Capítulo 1. INTRODUCCIÓN A LA SALUD PÚBLICA. <i>Antonio Sarría Santamera, Gema de la Cruz Saugar</i> | 21 |
| Capítulo 2. PROMOCIÓN DE LA SALUD. CONCEPTO, ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS. <i>Antonio Sarría Santamera, Gema de la Cruz Saugar, María del Carmen Hernández Martínez</i> | 51 |
| Capítulo 3. MODELOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. <i>Antonio Sarría Santamera, Gema de la Cruz Saugar</i> | 81 |
| Capítulo 4. PROMOCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES. BASES TEÓRICAS. <i>Pilar Nájera Morrondo</i> | 101 |

MÓDULO 2

PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

| | |
|---|-----|
| Capítulo 5. EPIDEMIOLOGÍA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA. <i>Antonio Sarría Santamera, María Auxiliador Martín Martínez</i> | 129 |
| Capítulo 6. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. I. INTRODUCCIÓN, REFLEXIONES Y CLAVES TEÓRICAS. <i>Eva Bolaños Gallardo</i> | 169 |
| Capítulo 7. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. II. EL DISEÑO Y LAS TÉCNICAS EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. <i>Maribel Blázquez Rodríguez, María Matilde Palma Ruiz</i> | 187 |

| | |
|--|-----|
| Capítulo 8. PLANIFICACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. <i>Antonio Sarría Santamera, Gemma de la Cruz Saugar</i> | 207 |
| Capítulo 9. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD. <i>Antonio Sarría Santamera, Gemma de la Cruz Saugar</i> | 225 |
| Capítulo 10. DISEÑO DE PROYECTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO. <i>María Sandín Vazquéz</i> | 247 |

MÓDULO 3

MÉTODOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD: PREVENCIÓN Y ESTILOS DE VIDA

| | |
|---|-----|
| Capítulo 11. EDUCACIÓN PARA LA SALUD. <i>Pilar Nájera Morrondo, María del Carmen Hernández Martínez</i> | 301 |
| Capítulo 12. COMUNICACIÓN PARA LA SALUD. MARKETING SOCIAL. <i>Antonio Sarría Santamera</i> | 315 |
| Capítulo 13. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD Y EL EMPODERAMIENTO. <i>María Rosa Munugarren Homar</i> | 335 |

MÓDULO 4

MÉTODOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD: ENTORNO, SOCIEDAD Y SALUD

| | |
|--|-----|
| Capítulo 14. LA ESCUELAS Y LAS UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD. <i>María Rosa Munugarren Homar</i> | 387 |
| Capítulo 15. CIUDADES SALUDABLES. <i>Carlos Aibar Remón, Ana Villán Arbizu</i> | 417 |
| Capítulo 16. GLOBALIZACIÓN Y SALUD. <i>Lara Repeto Zilbermann, Marciano Sánchez Bayle</i> | 433 |
| Capítulo 17. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD. <i>Enrique Regidor Poyatos</i> | 465 |

MÓDULO 5

PROGRAMAS DE SALUD

| | |
|--|-----|
| Capítulo 18. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS. <i>Antonio Sarría Santamera, Fernando Villar Álvarez</i> | 497 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Capítulo 19. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD. <i>Juan Luis Gutiérrez-Fisac</i> | 531 |
| Capítulo 20. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO. <i>Fernando Villar Álvarez, Teresa Salvador Llivina, José Ramón Banegas Banegas, Lucía Díez-Gañán</i> | 561 |
| Capítulo 21. CONSUMO DE DROGAS ILEGALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. <i>Gregorio Barrio Anta, Luis Sordo del Castillo, José Pulido Manzanero, María José Bravo Portela</i> | 605 |
| Capítulo 22. LA INFECCIÓN POR EL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. <i>María José Belza Egozcue, María Elena Rosales Statkus, Juan Hoyos Miller, Sonia Fernández Balbuena, Luis de la Fuente de Hoz</i> | 651 |
| Capítulo 23. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. <i>Fernando Villar Álvarez, José Ramón Banegas Banegas, Fernando Rodríguez Artalejo</i> | 689 |
| Capítulo 24. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER. <i>Anna Cabanes Domenech, Beatriz Pérez-Gómez, Nuria Aragónés Sanz, Marina Pollán Santamaría, Gonzalo López-Abente Ortega</i> | 711 |
| Capítulo 25. SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES. <i>María Rosa Munugarren Homar</i> | 747 |
| Capítulo 26. PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO. <i>Juan Carlos González Luque</i> | 783 |
| Capítulo 27. VIOLENCIA Y SALUD PÚBLICA. <i>Florentino Moreno Martín</i> | 813 |
| Capítulo 28. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE. <i>Alberto Torres Cantero</i> | 833 |

APÉNDICES

| | |
|---|-----|
| 1. 1. ^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa (1986) | 859 |
| 2. 2. ^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Declaración de Adelaida. Políticas públicas saludables (1988) | 865 |

| | |
|---|-----|
| 3. 3. ^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Declaración de Sundsvall (1991) | 873 |
| 4. 4. ^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (1997) | 881 |
| 5. 5. ^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Méjico, D.F. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad (2000) | 887 |
| 6. 6. ^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado (2005) | 889 |
| 7. 7. ^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Nairobi (2009) ... | 896 |
| 8. Primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y lucha contra las enfermedades no transmisibles. Declaración de Moscú (2011) .. | 906 |
| 9. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (2011) | 915 |
| 10. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud en América Latina. Santa Fe de Bogotá (1992) | 927 |
| 11. Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993) | 931 |
| 12. Resolución del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud sobre Promoción de la Salud (1998) | 936 |

Capítulo 6

Investigación cualitativa en promoción de la salud

I. Introducción, reflexiones y claves teóricas

Eva Bolaños Gallardo

1. La metodología cualitativa como necesidad
2. ¿Qué es la investigación cualitativa?
3. Algunas cuestiones teóricas y metodológicas
4. Características básicas
5. Utilidades
6. Bibliografía

1. LA METODOLOGÍA CUALITATIVA COMO NECESIDAD

El objetivo del presente capítulo es realizar un acercamiento a las posibilidades de la investigación cualitativa en el ámbito de las ciencias de la salud, exponiendo en primer lugar el porqué de su necesidad y, a continuación, algunas cuestiones teóricas, para finalmente apuntar sus características básicas y sus posibles utilidades.

En el momento actual, existen planteamientos teóricos y prácticos sobre la salud, la enfermedad y la atención que asumen la importancia de incorporar metodologías de investigación que aporten luz sobre las diversas formas de entender y vivir los procesos de salud, enfermedad y atención sanitaria (Fernández Sanmamed, 1999). Además, hay que considerar la necesidad de crear caminos que posibiliten la construcción de otras relaciones con la población que no se basen en la imposición de representaciones y prácticas derivadas de las corrientes dominantes en la comunidad científica (Martínez, 2008).

Resulta obvia la utilidad de las mediciones de las causas de morbilidad y mortalidad, del estudio de los factores de riesgo asociados a enfermedades, de los sistemas de vigilancia epidemiológica, de la prevalencia e incidencia de determinados problemas de salud..., pero más allá de éstos aspectos existen otros que están influyendo en las representaciones y prácticas que las instituciones y las poblaciones mantienen respecto a la salud, la enfermedad y los procesos de atención. Los cambios económicos, sociales, demográficos tienen un impacto sobre los patrones de vida; producen cambios cuantitativos, pero también cualitativos, en la salud de la población.

Si queremos apostar por la utilidad de las acciones encaminadas a la Promoción y Educación para la Salud (Gil, 2002), desde el respeto a las personas con las que desarrollamos nuestra labor, es indispensable conocer las concepciones de salud, las formas de afrontar las enfermedades, el acceso y el uso a los servicios sanitarios, la interacción entre profesionales y población, las creencias con respecto a lo

que resulta saludable... es decir, el *«conjunto de representaciones y prácticas culturalmente estructuradas de las que cualquier sociedad se dota para responder a las crisis derivadas de la enfermedad y la muerte, donde también se incorporan los procesos de atención»* (Menéndez, 1978).

Por tanto, el planteamiento que queremos desarrollar parte de la necesidad de conocer las perspectivas de las personas inscritas en escenarios de vida específicos. Esta propuesta nos invita a comprender sus hábitos y prácticas desde las coordenadas existenciales en las que habitan; desde las claves de lo cotidiano; despojándonos de la tiranía de los modelos individualistas que tienden a culpabilizar a las personas de lo que hacen y de lo que les ocurre, y apelan a la fuerza de voluntad como único motor del comportamiento humano, sin tener en cuenta que condiciones estructurales como las económicas, ambientales o laborales repercuten en las oportunidades y posibilidades para desplegar el potencial de salud y llevar a cabo transformaciones. Si no somos capaces esta mirada en la práctica de nuestro trabajo, cabe dudar sobre el sentido, el propósito y los efectos de éste.

Adoptando una óptica integral, es esencial considerar la complejidad de las intervenciones sobre los estilos de vida, así como tener en cuenta el sentido ético y político de éstas. Los estilos de vida atañen a representaciones y prácticas inscritos en un marco existencial, que se gestan y se dan en el escenario de la vida cotidiana. Por tanto, es necesario conocer y tener en cuenta las situaciones, experiencias y necesidades de las diferentes personas con las que trabajamos. Esta pretensión supone analizar sus condiciones de existencia y los mecanismos sociales que les afectan; además de conocer los condicionantes psicológicos asociados a su posición y a sus itinerarios biográficos. Es decir, se trataría de buscar espacios de comprensión donde la subjetividad confluya con las estructuras y el orden social. Desde este ángulo es necesario analizar tanto aspectos relacionados con el marco de referencia de los y las usuarias (conocimientos, opiniones, vivencias, valores y creencias vinculados a los procesos de salud-enfermedad-atención), psicológicos (motivación, estado de ánimo, autoestima), como otros relativos al entorno cercano (familia, redes de apoyo social, ocio), condiciones materiales de existencia (trabajo, vivienda, acceso a recursos) y dimensiones como el género, la clase social, la edad, el lugar de procedencia, la orientación sexual y la discapacidad.

Para la investigación cualitativa es necesario «meterse dentro», ahondar, profundizar, captar los significados profundos y las experiencias que estructuran la realidad analizada (Alonso, 1998). Una de sus premisas fundamentales es que la

investigación sólo podrá acceder al conocimiento de la realidad de las personas comprendiendo los puntos de vista de quienes la viven. La cuestión es «recrear» cómo los miembros de un grupo perciben, sienten, vivencian y construyen su mundo.

Dentro de la promoción de estilos de vida saludables, la forma de actuación más extendida consiste en dotar de información a la ciudadanía sobre los diferentes riesgos que conlleva poner en práctica determinados comportamientos (fumar, comer en exceso, no usar el preservativo, tomar determinada medicación...). Sin embargo, aunque la información es necesaria para que se produzcan cambios, es sabido que se muestra insuficiente por sí sola para conseguirlo. Uno de los problemas más inquietantes es que se pueda tratar a la población como si fuera una mera y pasiva procesadora de información que ha de asumir acríticamente determinados patrones y estándares sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, el dolor... A veces se da información sin contar con las visiones propias de las personas a quienes ésta va dirigida, como si los destinatarios de las intervenciones sanitarias fueran recipientes vacíos, como si la intervención no consistiera más que en la simple transmisión de información científica considerada «objetiva y culturalmente neutra». Pero lo cierto es que los grupos humanos implicados en estos procesos cuentan con sus propios saberes, posibilidades y deseos. Por tanto, resulta fundamental conocer cómo interaccionan los diferentes mensajes dados desde las instituciones sanitarias con las representaciones que tienen las personas. En esta misma línea, es necesario tener presente que la población no es homogénea. Los distintos colectivos humanos ocupan diferentes posiciones en el seno de la sociedad, y construyen prácticas diversas en relación con la salud, la enfermedad y la atención sanitaria. Recoger y tener en cuenta la variedad y pluralidad de la realidad social es importante a la hora de desarrollar transformaciones en ésta. Una mirada cualitativa puede ser un elemento que contribuya a este fin.

Los hábitos de las poblaciones constituyen un entramado en el que de forma compleja confluyen creencias, actitudes, afectos, emociones..., ligadas y trabadas entre sí. El personal de salud cuestiona y aconseja sobre los comportamientos y prácticas que constituyen la existencia cotidiana de las personas, en definitiva, cuestiona y aconseja sobre la vida y la muerte de éstas, pudiendo en esta interacción desigual imponer la dominación de un conjunto de sentidos y significados ajenos y extraños a la población. Por ejemplo, cuando planteamos la necesidad de que una población realice cambios en la alimentación es indispensable reconocer que se cuestionan otros aspectos significativos que van más allá de los alimentos

que consume, ya que al cambiar este hábito se pueden poner en entredicho las preferencias, vivencias del placer, redes de relaciones sociales, formas de entender el ocio; elementos que también forman parte de su capital de salud. Además, al plantear este tipo de intervenciones puede que actuemos desde una óptica reduccionista que no contemple el contexto y las condiciones de vida, así como la influencia que tienen los aspectos económicos, el acceso a la educación y a los recursos, las oportunidades de empleo, las condiciones de trabajo y las desigualdades y diferencias de género en las biografías concretas. Finalmente, y siguiendo el ejemplo, todas estas dimensiones tienen también su traducción en la conformación de unos determinados hábitos y comportamientos alimentarios.

Es frecuente que las costumbres, los conocimientos, los hábitos, los deseos..., en resumen, el capital cultural de la población, no sean considerados como base sobre la que levantar el trabajo en Promoción y Educación para la Salud. Esta actitud, en cierta forma, supone un ejercicio de negación y menosprecio del otro, y conviene desvelar las relaciones de poder establecidas entre los códigos y prácticas biomédico-científicas (con su carácter de «verdad») y los saberes y prácticas populares. La Promoción y Educación para la Salud puede ser un instrumento positivo para el desarrollo de políticas y acciones que mejoren las condiciones de vida de la ciudadanía y para que ésta tome conciencia, se movilice, tome decisiones y acceda a recursos. Sin embargo, también puede ser utilizada «perversamente» para extender ideologías de «culto a la salud», que se conviertan en un mecanismo domesticador, con la función de expandir y socializar visiones y respuestas medicalizadoras y sanitarias sobre la existencia humana, la vida cotidiana y los malestares.

Las acciones encaminadas a desarrollar la salud serán estériles o estarán dirigidas desde el paternalismo y el autoritarismo, si no se tiene en cuenta, que *«todo tipo de intervención sanitaria instaura una relación compleja y problemática con la cultura de la persona, actuando sobre su orientación de valores, opiniones, comportamientos arraigados en la vida cotidiana, interacciones sociales dentro de las cuales las personas experimentan y definen las condiciones de su propio bienestar y malestar, de su existir como sujeto social»* (Bartoli, 1989).

Una cuestión relacionada con la inclusión de los aspectos subjetivos es la diferenciación que hace entre enfermedad (*disease*) y padecimiento (*illness*). La enfermedad encuentra su fundamento en el modelo biomédico occidental que construye sus entidades, u objetos de estudio, a partir de la definición de estados patológicos que entran o salen de las normas o parámetros establecidos. El con-

cepto de padecimiento se basa en la definición que hace la persona que lo sufre, rebasando los límites de lo biológico y penetrando en el campo de lo social, lo psicológico y lo cultural. Una tercera dimensión haría referencia a las condiciones y significados sociales de la enfermedad (*sickness*). Esta distinción posibilita a la biomedicina entroncar con lo psicosocial (Laplantine, 1991). Entonces se hace imprescindible tener en cuenta que las consideraciones sobre lo sano y enfermo están relacionadas con nuestras disposiciones culturales, actitudes, valores, creencias. Erigimos representaciones de estos conceptos igual que los hemos construido sobre la familia, la sexualidad, la belleza... Por tanto, la salud y la enfermedad no pueden ser mutiladas y extraídas del contexto sociocultural. Es necesario comprender estos aspectos dentro del marco ambiental y de las relaciones sociales dentro de las cuales se generan y mantienen.

Además, las mismas dimensiones de las que se ocupa la educación sanitaria son también tratados por otros medios y agentes sociales como son los medios de comunicación, la escuela, la industria, la familia. Pensemos en la gran cantidad y variedad de mensajes en torno a la alimentación, la sexualidad, las drogas, la higiene del cuerpo, el ejercicio físico, las miles de fórmulas para mantener un aspecto joven... Mensajes distintos que ejercen presiones sobre la población y conforman diferentes representaciones y prácticas, muchas veces conflictivas y contradictorias entre sí.

Partir de estas concepciones y asumir que la población no es un recipiente vacío, sino que cuenta en su capital con elementos positivos que pueden contribuir a la creación y desarrollo de la salud, son pasos prioritarios para convertir en un hecho la tan necesaria participación comunitaria. La investigación cualitativa puede contribuir a este fin, ya que escuchar y recoger las voces y miradas de las personas con las que trabajamos implica reconocer e incorporar su criterio y legitimar su derecho a ejercer como sujetos activos del proceso. No hay que olvidar que al trabajar en salud pública los criterios a utilizar desde una perspectiva ética deben apoyarse sobre los principios de las personas y sus derechos, y han de ser asumidos por las personas que participan en el proyecto y por aquellas a quienes va dirigido. Por tanto, la participación de la comunidad debería existir en todos los niveles (estudio de la situación, determinación de las necesidades, establecimiento de prioridades, reconocimiento y búsqueda de recursos, definición de objetivos, trabajo de campo, evaluación del proceso). El uso de la metodología cualitativa facilita que las perspectivas y opiniones de la ciudadanía estén incorporadas en las diferentes fases a las que hemos hecho alusión.

Además, en el desarrollo de este proceso cada profesional puede resignificar y redefinir las prácticas aprendidas a lo largo de su trayectoria profesional; en parte como resultado de las diversas interacciones a través de las cuales se va moldeando. Entre los diferentes colectivos profesionales que se ocupan de la salud y la enfermedad también hay diferencias y desigualdades. Incluso dentro de cada colectivo se producen discrepancias, de modo que emergen diversos posicionamientos en torno a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria. De hecho, para la investigación cualitativa las ideologías y acciones del personal de salud y los equipos de trabajo, así como las lógicas y códigos imperantes en las instituciones sanitarias, constituyen un campo de estudio de gran interés.

Por tanto, el sentido y la utilidad de las acciones de Promoción y Educación para la Salud van a depender en gran medida de que conozcamos y tengamos en cuenta el contexto y el patrimonio histórico, social y cultural de los distintos actores sociales involucrados, mediante la construcción de espacios y escenarios de investigación que permitan la observación y el diálogo.

2. ¿QUÉ ES LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA?

Haremos una definición de la investigación cualitativa teniendo en cuenta tres niveles: epistemológico, metodológico y técnico.

Desde el *plano epistemológico* se hace referencia a la forma de enfocar, ver y conocer la naturaleza de la realidad social. La investigación cualitativa se define por considerar que la realidad es dinámica y que su conocimiento se urde a través de un proceso de interacción con la misma. Implica un enfoque interpretativo. Además desmonta la relación sujeto-objeto, propia de la tradición científica. Es decir, para este tipo de paradigma la relación se establece entre sujeto que investiga y sujeto de estudio; se da en un marco de intersubjetividad, en el que cobra especial importancia la conciencia de que entre las personas implicadas se genera una relación que pertenece al orden de lo social (Pérez Andrés, 2002).

En un *plano metodológico* se sitúan las cuestiones referidas a las distintas estrategias, caminos o formas de proceder al investigar en torno a la realidad. Los diseños de investigación de tipo cualitativo tendrán un carácter emergente y abierto; se construyen y revisan según avanza el proceso de investigación (Ruiz Olabuénaga, 1995; Rodríguez, 1996; Vallés, 2000).

Desde un *nivel técnico*, la investigación cualitativa se caracteriza por un operar técnico típico, mediante la utilización de procedimientos abiertos, no estandarizados, que permiten recabar datos que informen de la particularidad y diversidad de las situaciones (Delgado, 1995). Las técnicas utilizadas permiten registrar las prácticas y los discursos de los sujetos para después analizar el material producido, con el fin de realizar una descripción exhaustiva y densa de la realidad concreta objeto de estudio. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de instrumentos como son las entrevistas, las técnicas grupales (grupo de discusión, grupo focal), las historias de vida, además de observaciones, textos históricos e imágenes que describan las rutinas, los códigos, los significados y símbolos presentes en la vida de las personas (Pérez Serrano, 1994; Ribot, 2000).

Se valora fundamentalmente, siguiendo a Conde, la capacidad de simbolización del lenguaje y considera que hay otros discursos más allá de los dominantes que permiten el encuentro con otras concepciones y vivencias de la salud, otras formas de entenderla, promoverla y atenderla. Se pueden encontrar en la población interpretaciones holísticas, en las que la salud aparece relacionado con lo intersubjetivo, lo cultural, lo colectivo y está fuertemente arraigada en lo relacional (Conde, 2002).

En la metodología cualitativa, desde una perspectiva más estructuralista, el elemento de estudio son los discursos, y su herramienta es el análisis y la interpretación del lenguaje (oral y escrito).

Los discursos que la metodología cualitativa analiza e interpreta en situaciones de investigación, surgen tras el diseño metodológico de las condiciones de producción de los mismos, ya sean entrevistas (Taylor y Bodgan, 1996) y/o técnicas grupales, como el grupo de discusión (Ibáñez, 1992; Canales y Peinado, 1994).

Desde una perspectiva más antropológica, se enfatiza la presencia del investigador o investigadora en los escenarios de vida cotidiana de la gente. El objetivo es observar, escuchar, hablar con los diferentes agentes sociales, recoger la información disponible en relación con el fenómeno estudiado. Desde esta mirada, el lenguaje se amplía, ya no es sólo el que hace alusión a las palabras (habladas o escritas), sino que sería también el conjunto de prácticas, gestos, posiciones y expresiones corporales... Fundamentalmente se utilizan herramientas como la observación participante, entrevista, análisis de documentos e historias de vida.

Lo que nos interesa del lenguaje es su carácter comunicativo como mediador y formador de las experiencias y de las realidades sociales. El lenguaje refleja y construye la realidad; de hecho, podemos observar las relaciones que se generan entre las transformaciones en las costumbres sociales y los cambios en los discursos.

De ahí el interés por examinar las producciones significativas de los sujetos –discursos, relatos, imágenes– generadas o construidas por los actores sociales en la interacción con ellos, teniendo en cuenta sus propios contextos situacionales, sociales e históricos.

3. ALGUNAS CUESTIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

Brevemente nos detendremos a hacer una pequeña introducción sobre algunos aspectos de tipo epistemológico, particularmente del marco teórico del que la investigación cualitativa se nutre.

La investigación cualitativa tiene a la fenomenología como referente teórico (entre otros como el interaccionismo simbólico, el constructivismo, la semiótica, el psicoanálisis). La fenomenología quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Se centra en la realidad que perciben las personas a través de su propio proceso de interpretación, de otorgar significación y sentido al contexto que le rodea. Este proceso de interpretación es un intermediario entre los significados, las predisposiciones a actuar y la acción misma. Se trata de conocer la experiencia humana subjetiva. La tarea es aprehender ese proceso de interpretación, intentar ver las cosas desde el punto de vista de otras personas. Su objetivo es captar la riqueza de las experiencias de las personas en sus propios términos, palabras y visiones. En definitiva, se opone al positivismo- paradigma sobre el que históricamente se ha apoyado la mayor parte de la tradición científica occidental- que considera la realidad social como un fenómeno objetivo, que se puede cuantificar, medir y es externo a quienes la estudian.

A partir del siglo XIX y principios del XX, lo que hoy llamamos métodos cualitativos fueron empleados conscientemente y de una manera formalizada en la investigación social. El interés y uso de estos métodos decae en los años 40, debido a la preeminencia de la metodología cuantitativa y al auge de la epidemiología. En los años 60 surge de nuevo el interés por los métodos cualitativos. Desde entonces, y hasta la actualidad, estos han avanzado sensiblemente y se han perfeccionado por las aportaciones, fundamentalmente de la Sociología, la

Antropología y la Psicología. En los años 90, en un clima caracterizado por los intentos de acercamiento y mediación, los métodos cualitativos comenzaron a utilizarse en las ciencias de la salud, existiendo abundantes experiencias que han contribuido a su afianzamiento y solidez dentro de este ámbito. El interés por llevar a cabo investigación cualitativa se ha visto reflejado en el aumento de publicaciones, con mayor presencia de estudios en diferentes áreas: la salud mental, enfermedades crónicas (VIH, cáncer, diabetes, entre otras), los sistemas de cuidados (por ejemplo, cuidados informales), los estudios de género y salud, la atención sanitaria —especialmente la Atención Primaria, aunque en los últimos años han aumentado en el ámbito hospitalario— y en procesos como la atención al embarazo, parto y puerperio.

Como vemos, en las últimas décadas se han producido movimientos hacia otras formas de acercamiento y comprensión de la realidad social. No obstante, hay diferentes problemáticas que han influido en la escasa utilización de la metodología cualitativa y en la posición periférica que ha ocupado dentro del ámbito de la salud.

El uso de métodos y técnicas cualitativos ha recibido muchas críticas, centradas fundamentalmente en la falta de objetividad, en la imposibilidad de generalizar a partir de los resultados obtenidos, en la escasa validez y en los largos periodos que se necesitan para su desarrollo y aplicación. Es en el alto grado atribuido de subjetividad y, en consecuencia, en el riesgo existente de que el investigador introduzca «sesgos» donde han recaído con mayor dureza las críticas. Sin embargo, la diferencia básica entre los procedimientos cuantitativos y cualitativos no estriba en que los primeros sean objetivos y los segundos no, sino, como defiende Silva, en el punto y en el modo en que se introduce la subjetividad (Silva, 1997). Los métodos cualitativos ponen el énfasis en permitir que los actores participen con su propia subjetividad; por otra parte, en este tipo de estudios es nuclear poner en marcha una subjetividad consciente de sí misma, autocrítica, en la medida en que quien investiga sabe que no puede entenderse como entidad exterior, ajena y neutra a la realidad, ya que sólo penetrando en ésta pueden aprehenderse los significados construidos por cada sociedad o grupo. El investigador o la investigadora saben que al adentrarse en los diferentes escenarios sociales lo hacen situados en un marco ideológico y existencial, a través del cual portan preconcepciones y preconstrucciones sobre la realidad, es decir, se encuentran mediados por su propia cultura, posición social, así como por el ámbito y disciplina de trabajo. Tener conciencia sobre estas dimensiones facilita que

no se proyecten descontroladamente sobre lo investigado, con lo cual el proceso ganará en reflexividad, al practicar un ejercicio de autovigilancia y al contextualizar la investigación.

Tradicionalmente se ha establecido el predominio de una visión aceptada de la ciencia que se centra en la prueba sistemática de hipótesis explícitas, como si fuera la única forma posible de acceder al conocimiento de la realidad. Ante la pregunta: ¿qué sucede?, los primeros pasos dados por muchos equipos investigadores se centran en establecer hipótesis, obtener muestras estadísticamente representativas, diseñar instrumentos para cuantificar el fenómeno y proceder a su medición. Seguir invariablemente esta secuencia no ha de ser la única forma de proceder; en su lugar puede plantearse la necesidad de aproximarse a la naturaleza del problema y de aprender acerca de un mundo que nos interpela, y que no se comprende suficientemente, abriendo un proceso de acercamiento y exploración, a través de la pregunta abierta, la escucha y la observación.

En general, cuando los investigadores que usan métodos cuantitativos se dirigen a un colectivo para recoger información sobre conocimientos, actitudes y prácticas, utilizan para ello cuestionarios validados o diseñados por ellos mismos; después agrupan o cuantifican los datos o hechos recogidos y proceden a su análisis estadístico con el fin de obtener unos resultados de los cuales extraer conclusiones. En muchas ocasiones se piensa que las variables incluidas en el cuestionario se pueden deducir a través de un ejercicio teórico y de abstracción; es entonces cuando los métodos cuantitativos pueden inundarse con la subjetividad del investigador. Por lejanía o cercanía excesivas del investigador —desde el punto de vista social, cultural, económico con el fenómeno estudiado— se puede interferir en el diseño adecuado de las preguntas de un cuestionario o con la elección de éste, si no se ha llevado antes a cabo un acercamiento de otro orden.

Por otro lado, elegir un cuestionario —aunque esté adaptado— sin haber realizado previamente una cuidadosa aproximación a la realidad estudiada puede conllevar el hecho de que no se atrapen, se limiten y no se consideren algunas opciones de respuesta, ya que la población sólo puede expresar algunos aspectos de su mundo si el instrumento lo permite. Es decir, cuando las personas se enfrentan a un cuestionario responden sólo a aquello sobre lo que se les pregunta; cuando existen respuestas prefijadas y estructuradas, se pueden dejar fuera posibles respuestas y formas de expresión interesantes, valiosas y emergentes. Examinar el fenómeno desde la mayor cantidad posible de planos y ángulos es la mejor fórmula para hacer ciencia de una forma rigurosa, inteligente, creativa y no dogmática.

El principal problema que plantea la medición en las ciencias sociales radica en las características de la cuantificación. Una de las más importantes es la segmentación, en pocas palabras, el comportamiento humano, las creencias, valores, vivencias, los significados elaborados y compartidos por la personas, no pueden ser ni separados ni divididos artificialmente, puesto que son procesos abiertos, dinámicos e interconectados, que perviven en un flujo inagotable de transformaciones muy diversas y complejas. Es necesario tener en cuenta las posibles mediaciones, ligaduras e interrelaciones existentes en el seno de una sociedad. De algún modo, toda pretensión de medida implica fragmentación, reduccionismo y segmentación. La complejidad de la realidad en la que viven inmersas las personas es mucho mayor de lo que los acercamientos que pretender ser neutrales y asépticos pueden dar cuenta.

No existe un método único de investigación para afrontar todas las situaciones y para resolver todos los interrogantes que plantean las problemáticas de salud, enfermedad y atención; diferentes problemas requieren de estrategias distintas (Nigenda, 1995). Un estudio interdisciplinario que utilice una combinación de métodos puede ser el procedimiento más provechoso para alcanzar un conocimiento integral. Sin embargo, esto no implica que en todos los casos haya que usar una combinación de métodos. Frente a cada problema, correctamente definido y delimitado, en función de su complejidad y del marco conceptual desde el cual se aborda su estudio, ha de optar por aquellas alternativas que permitan el mejor éxito en su empeño, dentro de las condiciones materiales (recursos humanos, económicos, tiempos) con las que se realiza el estudio. También habría que reflexionar sobre la relación existente entre las formas de investigar y los resultados de las acciones llevados a cabo desde las instituciones sanitarias.

Nuestra propuesta es hacer una exposición crítica de los problemas, no estancarse en la vivencia estéril y pacata del enfrentamiento entre distintas metodologías, asumir que en realidad ambas pueden ser reflexivamente utilizadas; a veces la discusión oculta luchas por otros intereses que nada tienen que ver con la ciencia (Baum, 1997). Debatir, sin negar, las diferencias, reflexionar sobre ellas y abogar por la comprensión. Hay que tener presente que el objetivo último de nuestro trabajo es la utilidad de las investigaciones e intervenciones. Por tanto, los métodos cuantitativos y cualitativos no sólo no se excluyen mutuamente, sino que pueden complementarse; tanto más cuanto más decidido y firme sea el propósito y la intención de abarcar al máximo el fenómeno estudiado. La metodo-

logía ha de ser elegida en función de lo que estemos estudiando, de los objetivos de nuestro estudio y del nivel de conocimiento sobre el mismo.

Como conclusión: la elección de una, otra o de ambas perspectivas dependerá de los objetivos de la investigación, de las preguntas que pretendamos responder (Graminde, 1994). ¿Qué queremos conocer? ¿Por qué? ¿Cómo vamos a acceder a la población? ¿Cuál es la finalidad de la investigación? ¿Desde dónde la llevamos a cabo? Por ejemplo, si queremos describir a la población de personas que sufren depresión por edad, sexo, situación laboral, nivel de estudios,...y saber en qué medida se relacionan esas variables entre sí, o si pretendemos conocer cuáles son las terapias más utilizadas, hemos de hacer un estudio de tipo cuantitativo; sin embargo, si el objetivo es conocer las vivencias que del entorno familiar de una persona con depresión, probablemente sea más adecuado realizar un aproximación de tipo cualitativo. La multiplicidad de interrogantes, lagunas sin responder y problemas sin afrontar en el ámbito de la salud, exigen la utilización de una gran variedad de métodos.

4. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

- La investigación cualitativa trata de recuperar el campo de la palabra y del lenguaje, de la conciencia y de la voluntad (decir, opinar, valorar).
- La observación es abierta y holística. El fenómeno estudiado es entendido como un fenómeno complejo que es más que la suma de las partes. Intenta descubrir las relaciones entre diferentes categorías y conceptos.
- La investigación cualitativa capta las representaciones y prácticas personales expresadas en las palabras, los silencios y las acciones de las personas participantes en el estudio e inscritas en un marco existencial.
- Las ciencias humanas y sociales se ven implicadas siempre en procesos de comprensión de realidades que afectan a personas, por ello están obligadas a conocer exhaustivamente el contexto histórico, social y temporal en el que estas actúan.
- Está centrada en los procesos humanos y asume que éstos son complejos y cambiantes, no estáticos ni monolíticos.

- Quienes investigan tienen un contacto próximo y cercano con las personas, situaciones o fenómenos estudiados, teniendo presente que no deben confundirse con los sujetos de estudio.
- Quienes investigan deben ser conscientes y críticos con su propia subjetividad. Por tanto, la reflexividad permanente ha de estar presente en las diferentes fases de la investigación.
- El diseño de la investigación es flexible, ya que permite introducir modificaciones en el proceso de investigación. Su modo de captar la información no es estructurado, sino flexible y abierto.
- Es inductiva, pretende comprender, no probar.
- No se persigue la medición exacta, se busca reconstruir y comprender el sentido y el significado.
- No se busca la representación estadística. La muestra es intencional (se define en función de diferentes variables socioculturales, psicológicas y específicas del objeto de estudio) y trata de recoger las diferentes posiciones y perspectivas relacionadas con el objeto de estudio.
- El énfasis se pone en la validez de uso de la investigación, esto es, en la relevancia de su posible empleo.
- La información construida sobre alguna población tiene validez para esa población y en el contexto referido. Sólo cuando se trate de poblaciones o grupos estructuralmente isomórficos puede extenderse la validez de dicha información.

5. UTILIDADES

A continuación, exponemos algunos de los campos dónde es posible utilizar este tipo de metodología, asumiendo que este es un listado abierto e inacabado. Para ello apuntamos algunos ejemplos desde nuestra experiencia de trabajo:

- Comprender el significado y el sentido de la enfermedad en la vida de las personas. Al respecto existen ejemplos de estudios como los que se han dirigido a conocer las percepciones de personas con diabetes (Bolaños, 2003).