

Utilidad de los métodos cualitativos en la investigación socio-médica

Usefulness of Qualitative Methods in Socio-medical Research

Ocampo Barrio P, * Quiroz Pérez JR,** Hamui Sutton A, *** Irigoyen Coria A.****

* *Especialista en Medicina Familiar. Jefa de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94, Instituto del Seguro Social (IMSS) México.* ** *Coordinador de Evaluación. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.* *** *Profesora Titular A TC. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.* **** *Profesor Asociado C, TC Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.*

Correspondencia: Dra. Patricia Ocampo Barrio. E-mail:

RESUMEN

Los métodos empleados en la investigación cualitativa, resultan complicados para los profesionales de la salud acostumbrados a utilizar instrumentos cuantitativos. Técnicas como la *observación participante* no han tenido tanta aceptación debido a su dificultad conceptual, la razón probablemente se deba a que tradicionalmente se utiliza el alejamiento del sujeto de estudio "para garantizar la objetividad". En la medida en que recuperemos nuestra capacidad de entender al otro, con sus problemas, valores y afectos, en esa medida la ayuda al prójimo -esencia de la labor del personal de salud- adquirirá su sentido más humano.

Palabras Clave:

ABSTRACT

Methods used in qualitative research are complicated for health professionals, who are accustomed to use quantitative instruments. Techniques such as participating observation have not been fully accepted due to their conceptual difficulty; the reason may be that traditionally, the studied subject or individual is removed to "guarantee objectivity". To the extent that we recover our capacity for understand each another, with our problems, values, and affections, it will be possible for us to help our neighbor.

Key Words:

Introducción

El objetivo fundamental de la ciencia médica es prevenir y curar las enfermedades, así como promover la salud de los individuos y sus comunidades, para finalmente contribuir a la conservación y mejoramiento del medio ambiente. Desde esta óptica la ciencia médica, es considerada como un arte y una práctica de múltiples narrativas, que tratan de definir y abordar al proceso "salud-enfermedad" ¹.

Durante siglos la postura nomotética de la ciencia orientó el desarrollo de la medicina. Basada en una metodología cuantitativa, la medicina asumió como misión fundamental la creación de nuevos conocimientos teóricos generalizados y válidos en tanto pudieran ser verificables, que le permitiera: *describir, explicar, controlar y predecir un sin fin de enfermedades*. Por su parte, los grandes adelantos tecnológicos vinieron a comprometer de manera muy importante la aptitud clínica y la relación médico paciente. Los individuos eran concebidos como entes independientes de su entorno social y ecológico, pero sin la capacidad de actuar libremente ².

Gracias a la investigación biomédica y a los avances tecnológicos, el siglo XX es reconocido como el "período de oro de la medicina". Infortunadamente los triunfos alcanzados, tornaron a la medicina en una ciencia tecnócrata y deshumanizada. Durante siglos la "filosofía de la ciencia" fue olvidada y menospreciada dentro del campo de la ciencia, la mayoría de los médicos consideraban a los enfermos como el objetivo principal de su profesión; así el abordar cualquier otro aspecto que se apartara de esta concepción se convertía en una tarea innecesaria y poco fructífera. Bajo este criterio, los grandes proyectos de la *medicina asistencial* se han enfocado preferentemente a las cuestiones técnicas que se ocupan de la "enfermedad" y no del "enfermo", despreciando los aspectos relacionados con la experiencia humana ³.

En el momento mismo en que se debilitó y menospreció la relación médico paciente, se inició el fracaso de la medicina, condición que pronto tuvo efectos desfavorables: el enfermo perdió la "confianza y fe" en su médico; situación que no solo afectó el aspecto

relacional, sino también los resultados terapéuticos. Es incuestionable que la medicina tecnificada ha logrado yugular casi todas las enfermedades infecciosas y contagiosas; sin embargo también es cierto que al compás de este “siglo de oro de la medicina científica” se han abierto las compuertas de otras patologías características de nuestra era y que a su vez se han constituido en verdaderos problemas para la salud pública mundial. Entre estas se encuentra el estrés crónico, la neurosis, la depresión, la drogadicción, la psicosis, los suicidios y todo un largo camino de enfermedades psicosomáticas (infarto, úlceras, cáncer, etc.)³. La imposibilidad de dar una respuesta satisfactoria a esta problemática, ha generado gran inestabilidad e incertidumbre, llevándonos a la búsqueda de nuevas formas de afrontar la situación. Como respuesta a esta búsqueda se han desarrollado diversas teorías, entre las que podemos mencionar la *Teoría General de los Sistemas (TGS)*, enfoque que explica los fenómenos desde una perspectiva que integra y aplica las diversas disciplinas de las ciencias biológicas (nomotética) y sociales (ideográfica). En el campo de la medicina, esto ha propiciado una renuncia lenta pero permanente del tan arraigado y bien conocido modelo de salud enfermedad *unicausal biologista* a favor de adoptar un *modelo multicausal* el cual conceptualiza a la “salud-enfermedad” desde un entorno que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales e históricos. Es importante señalar que en este punto la *ciencia ideográfica*, sustentada en una metodología cualitativa tendiente a particularizar los conocimientos y a concebir a los individuos con relación a su medio ambiente social y cultural, se contrapone abiertamente al ancestral y arraigado modo explicar los fenómenos a través de la denominada corriente positivista^{1,4}.

Durante los últimos años de la década de los cincuenta, en países como los Estados Unidos e Inglaterra, la perspectiva sobre la investigación en medicina se modificó; investigadores con una formación social, principalmente historiadores y sociólogos, incursionaron en este campo de estudio de la medicina, estas investigaciones contribuyeron al desarrollo de la llamada medicina social. Años más tarde, como resultado de la reestructuración de las políticas de salud de estos países, la vinculación entre las ciencias sociales y la ciencia médica comenzó a tener mayor relevancia al reconocer los aportes que se podrían realizar desde un enfoque social para resolver los problemas que se presentaban con los usuarios de los sistemas de salud.

Investigación social en el campo médico

La investigación social en el ámbito de la medicina inició a partir de diversos trabajos que fueron recuperando el devenir histórico de la ciencia médica. Un autor clásico fue Henry Sigerist, historiador suizo considerado como el primer investigador en exponer las relaciones entre *la práctica médica y las condiciones sociales*; escribió en 1956 *Hitos en la historia de la salud pública* y en 1959 *Historia y Sociología de la Medicina*. Estos trabajos contribuyeron al estudio de la profesión médica y de la relación entre la enfermedad y la ocupación del enfermo; sus investigaciones contribuyeron de manera importante al desarrollo de la epidemiología social.

Koss, Goss y Reader abordaron también este campo de estudio. En 1954 Koss realizó una serie de trabajos que analizaban la vinculación entre las clases sociales menos privilegiadas y los servicios de salud, concluyendo que en estos estratos sociales se presentaba un mayor número de enfermedades y menores formas de acceder a los servicios de salud. Las contribuciones de Goss y Reader en 1956 tuvieron como eje principal la reflexión sobre la relación médico-paciente. Strauss publicó “The nature and status of medical sociology”⁵, con lo cual abre un campo extenso de investigación en dos vertientes básicas: la primera corresponde a los estudios relacionados con el conocimiento sobre la población usuaria de los servicios de salud (tipo de enfermedad, falta de acceso a los servicios médicos y algunas formas de disminuir la desnutrición y enfermedades respiratorias). La segunda vertiente se centró en el estudio de las instituciones hospitalarias (organización, calidad de la atención y características del personal contratado)⁴.

Una de las teorías más importantes que se desarrolló desde la década de los cincuenta, con un enfoque psicosocial, fue el “Modelo de Creencias sobre la Salud” (Health Belief Model) que busca explicar los comportamientos relacionados con el uso de los servicios médicos. Este modelo sostiene que hay facetas de los individuos que pueden ser medibles para explicar y predecir la conducta relacionada con la prevención de las enfermedades, como el nivel de preocupación, el grado de motivación o según las experiencias previas. Otros modelos como la teoría de la acción racional o la teoría del comportamiento planeado, desarrollaron aspectos centrales del primer modelo, siempre con el objetivo original de identificar los factores intrapsíquicos que determinan el comportamiento individual. Esta línea de investigación sigue siendo abordada y elaborada, no obstante, otros enfoques se han sumado en el estudio de los fenómenos sociales del binomio salud-enfermedad, como la más reciente teoría del riesgo que se relaciona con el comportamiento, así como con la etiología y las consecuencias de los padecimientos.

Cualquier discusión sobre la teorización social de la salud y la enfermedad necesariamente define las fronteras de los aspectos a estudiar, y las teorías clásicas de las ciencias sociales han sido poco aplicadas en las investigaciones en este campo. Los métodos cualitativos aplicados en las últimas tres décadas en la investigación socio médica podrían generar nuevas teorías desde la lógica de la inducción, esto es desde los estudios empíricos hasta las conceptualizaciones más abstractas⁶.

Aún cuando la metodología cualitativa goza de una buena reputación en las ciencias sociales (antropología, sociología, psicología, etc.) no ha logrado alcanzar, al menos hasta hace unos años, un sitio en las ciencias de la salud. En los años ochenta y principios de los noventa, se utilizó -con fines más bien políticos- en la reforma a la que fue sometida la Atención Primaria. Su aplicación se limitó a la de tección de problemas de salud de las comunidades, para la implantación de programas de salud y actividades docentes en

aspectos de educación para la salud. Años más tarde comenzaron a surgir de manera no anecdótica las primeras investigaciones que utilizaban metodología cualitativa dentro de los problemas de salud. En los Estados Unidos de América (2002), Leininger estableció las bases teóricas cualitativas para vincular los problemas de salud con los estilos de vida, junto con la evolución de una atención sanitaria menos biológica hacia el lado humano del proceso salud-enfermedad ⁷.

Tal vez uno de los cambios de mayor importancia en los paradigmas del cuidado y de la atención a la salud a finales del siglo XX ha sido aquel que reclama el derecho de los enfermos a ser escuchados y tomados en cuenta en el análisis y el manejo de sus padecimientos. Acorde a este reconocimiento, los pacientes han dejado de ser vistos como entes pasivos y consumidores de servicios de salud, pasando a convertirse en sujetos activos, portadores de cierto tipo de conocimientos, experiencias y prácticas cuya recuperación puede beneficiar a estos servicios al grado de ofrecer una perspectiva novedosa a la ciencia médica. Así, un número creciente de iniciativas se han llevado a cabo en diversos contextos sociales e institucionales con el fin de poner en el centro de atención la voz de los sujetos enfermos; los esfuerzos incluyen desde la incorporación de conceptos para entender mejor el tema hasta la incorporación de programas para la reorganización de la atención médica y la formación de recursos humanos en salud. La experiencia del padecimiento, dentro de este marco, es un tema que ocupa un papel relevante en la discusión de académicos e investigadores.

Aunque la capacidad de responder a la enfermedad es biogénica, los criterios de anormalidad y los signos y síntomas que denotan el sufrimiento varían culturalmente ⁸. Podemos definir a la cultura como un sistema de códigos y estándares compartidos para percibir, interpretar e interactuar con otros y con el entorno ⁹. Como marco normativo para tomar decisiones y proyectar estrategias de comportamiento, la cultura es un componente integral para: definir, conseguir y mantener estados de salud, así como para tratar la enfermedad.

Las definiciones de la enfermedad son inherentemente subjetivas, influenciadas por la dialéctica entre el cuerpo y el yo (self). Los criterios de la salud generalmente incluyen componentes instrumentales como la habilidad de trabajar y desempeñar roles esperados. Para muchas personas, los parámetros del entorno, por ejemplo la habilidad de procurar la comida y otros recursos, y vivir sin privaciones excesivas, también define a la salud. Además habría que considerar los componentes espirituales de la salud que son centrales en muchas culturas.

Reconociendo que existe un gran espectro de definiciones sobre salud y enfermedad, y que los criterios profesionales difieren de los conceptos comunes, los científicos sociales encuentran útil distinguir tres categorías fundamentales:

- la enfermedad como desviación de la norma biomédica,
- el padecimiento como la experiencia vivida a través de la construcción de categorías culturales
- y el enfermo en su rol de paciente.

Mientras la enfermedad sea el objeto central de quienes practican la biomedicina, los factores relacionados con el padecimiento y el enfermo, así como el efecto transformador de la enfermedad y la discapacidad serán las preocupaciones básicas de los investigadores sociales.

Fenomenología de la enfermedad

La fenomenología de la enfermedad se enfoca en la experiencia de la persona y ofrece alternativas valiosas para estudiar las enfermedades. Lo fenomenológico se refiere a las perspectivas que abordan el punto de vista del sujeto. Se ocupa del modo en que las personas producen y mantienen los significados de las situaciones, analiza la vida cotidiana y estudia el significado de las interacciones interpersonales y sociales ¹⁰. En este sentido el lenguaje, verbal y no verbal, son los códigos simbólicos que permiten el intercambio de mensajes que adquieren un significado y orientan la acción social ¹¹.

Para develar la experiencia de los individuos acerca de la salud y la enfermedad, la fenomenología da cuenta de las transformaciones de la conciencia y la auto-identidad que ocurren a raíz de la enfermedad, la incapacidad o el trauma.

La experiencia de la enfermedad está estrechamente vinculada con el yo y con los otros a través del tiempo. Las respuestas de los otros son tan importantes en la experiencia de la enfermedad como en la interpretación de quien está enfermo. *La enfermedad no es sólo una experiencia personal sino familiar, comunitaria y social*. Las comunidades afectan a quien está enfermo tal y como quien está enfermo puede afectar a la comunidad. Más allá del énfasis en la experiencia individual de la salud y la enfermedad en las diferentes culturas, el papel de la cultura no puede explicarse sólo a través de las experiencias de los individuos. Los factores contextuales son importantes en las variaciones de las experiencias de padecer. La clase social, el género, la etnicidad, el nivel educativo, la edad y las redes sociales influyen especialmente en el riesgo de la enfermedad. El acceso a los servicios médicos para resolver un problema de salud, las limitaciones económicas, las condiciones del medio ambiente y las estructuras políticas también influyen en la salud y la enfermedad ¹².

Aportaciones de la metodología cualitativa

No obstante el reconocimiento en la comunidad académica a nivel internacional de las aportaciones de la metodología cualitativa, pocos trabajos se han realizado en América Latina con el fin de explorar sus alcances y limitaciones conceptuales o para aplicarlos ante una determinada realidad sanitaria. Amezcua¹⁷ se dio a la tarea de estudiar los aspectos subjetivos presentes en las personas portadoras de enfermedades crónicas. Esto con el objetivo de exponer un marco más amplio y de mayor utilidad para la discusión sobre la salud, la enfermedad y la atención médica. A principios de los años ochenta, se puso en marcha una línea de investigación sobre las enfermedades crónicas bajo una orientación socio-médica. Las razones fueron varias: el desplazamiento de las enfermedades infecto-contagiosas por las crónicas degenerativas, su alarmante incremento, el reto del manejo de los servicios de salud -concebidos y organizados fundamentalmente para la atención de las enfermedades agudas- el impacto que acarrea a nivel de los individuos y de sus familias así como los pobres resultados de las organizaciones encargadas de la atención médica.

Generalmente el cumplimiento del tratamiento médico y el control metabólico, de acuerdo a numerosos señalamientos, asumen una visión parcial y reduccionista, al adoptar una postura médico-centrista en la cual la perspectiva del médico se coloca como el eje central del diagnóstico y de la atención de la enfermedad. En este contexto, el no cumplimiento adquiere una connotación de “desviación”, por la cual, la explicación del fracaso se busca en los propios pacientes. Se trata, en suma, de un acercamiento que sobre enfatiza la perspectiva de los profesionales de la salud y deja de lado o ignora la mirada de los enfermos, ocasionando que el gran ausente de este tipo de investigaciones sea precisamente el mismo enfermo.

Scheper-Hughes & Lock y Singer¹³ reconocen la importancia de los procesos económicos, históricos, sociales y simbólicos no sólo en el origen sino también en el curso de los padecimientos, sin dejar de lado la dimensión subjetiva de la enfermedad y del sufrimiento, evitando la despersonalización y cosificación de los sujetos enfermos. En esa dirección, se ha trazado como finalidad poder identificar las razones por las cuales las personas enfermas siguen, ajustan o abandonan su prescripción y lo inadecuado de los planteamientos médicos sobre lo que ocurre con los enfermos, entre ellos los relativos al cumplimiento.

Existen estudios sociales que han modificado el enfoque: parten de que las personas piensan de manera diferente con relación a las mismas cosas y tienen representaciones sociales distintas, de las enfermedades y sus riesgos, de las de sus médicos, según su contexto cultural. Los supuestos de este tipo de investigaciones suponen que en la medida en que se comprenda la visión del mundo que tiñe el pensamiento del paciente se podrán encontrar explicaciones y soluciones a sus estados de salud y de enfermedad¹⁵.

La observación participante

Los métodos empleados en la investigación cualitativa, implican una complicación para el experto en las ciencias médicas, acostumbrado a utilizar instrumentos cuantitativos. Acercamientos como el de la observación participante, de acuerdo con Amezcua¹⁷ no han tenido tanta aceptación en la investigación de las ciencias de la salud, tal vez por la dificultad conceptual que entrañan para el investigador, que tradicionalmente utiliza la distancia con el sujeto “para garantizar la objetividad”. Pero también por la propia historia del observador. La observación participante es definida por Taylor-Bogdan¹⁶ para designar a la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes. Visto de esta manera la observación participante es algo más que una técnica, es la base de la investigación etnográfica, encargada del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc.

Entrevista semiestructurada a profundidad

Otra técnica valiosa en la investigación cualitativa es la entrevista semiestructurada a profundidad¹⁸ cuya intención es generar relatos de vida y de familia, es decir, narrativas de las enfermedades y a partir de ellas analizar los discursos para identificar los entramados culturales de significación y las figuras matriciales sobre las cuales se construyen las representaciones sociales de los padecimientos. Las interpretaciones resultantes, ayudan a explicar los principios con base en estos se toman las decisiones que guían las conductas y las prácticas socio médicas.

El modelo de salud-enfermedad *biologista unicausal*, fundamentado en el paradigma positivista, no ha sido suficiente para responder a los problemas presentes de la práctica de la medicina¹⁹. Debemos admitir que salvo los problemas que nos impone la dinámica de la naturaleza, el resto de los problemas de nuestra sociedad, como la creciente pobreza, la fuerte desnutrición, las altas tasas de natalidad, la destrucción ecológica, la arraigada corrupción, la macro concentración urbana, el aniquilamiento de especies animales, el uso irracional de recursos energéticos, el acentuado alcoholismo, el grave desempleo, la farmacodependencia, etc., son realidades producidas por las relaciones establecidas entre los seres humanos y que pueden modificarse en la medida que se corrijan las estructuras mentales y afectivas de la sociedad.

En nuestra sociedad podrá existir progreso tecnológico, aumento de riqueza, expansión material, incremento de las comunicaciones, perfeccionamiento científico, reagrupación política, modernización social, etc., pero si no ocurre una transformación de nuestras

estructuras psíquicas, de nuestras relaciones sociales y sobre todo de nuestra estima como personas, el cambio y avance social serán muy pobres. En este sentido, podemos decir que la profunda crisis que vivimos, no es una crisis de tecnología, inventiva, eficiencia, capital, etc. como nos lo han hecho creer las nuevas "Doctrinas del Mercado"; sino que es una profundísima crisis de valores culturales y espirituales que se traducen en desastrosas consecuencias económicas, políticas, sociales y ecológica para la vida de los seres humanos²⁰.

El imperativo de la vida se centra en las ganancias, convirtiéndose en el móvil más poderoso e imperioso de la conducta humana. La tecnología ha ido penetrando los más recónditos resquicios sociales bajo la idea ilusoria de "solucionar los problemas que nos aquejan", sin embargo, sólo han agravado la alienación de la vida humana. El progreso de la especie humana será un mero espejismo en tanto no se fundamente en la construcción de una conciencia social-individual crítica, que promueva de manera permanente y continua la autorreflexión, es decir la autoconciencia de lo que hacemos, de por qué lo hacemos, de para qué lo hacemos. Condición no exigida por la idea del saber en nuestro tiempo, pues se ha trivializado al equipararla con "estar informado", progresivamente se ha abandonado la idea del saber como aptitud del bien vivir y de la buena convivencia²¹. En la medida en que recuperemos nuestra capacidad de entender al otro, con sus problemas, valores y afectos, en esa medida la ayuda al prójimo que fundamenta la labor del médico volverá a adquirir su sentido profundo.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento al importante apoyo que recibimos de la Ing. Irma Jiménez Galván; Técnica Académica del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Referencias

1. Carrada-Bravo T. Prevención de las enfermedades en la práctica clínica. Avances recientes y perspectivas. Rev. Inst. Nac. Enf. Respi. Mex. 2000;12(1): 51-62.
2. Bisquerra Alzina R. *Metodología de la investigación educativa*. 2ª edición Madrid: La Muralla, 2002: 19
3. Oriol AA, Espinosa HP. Filosofía de la ciencia. 1ª edición México: Instituto Politécnico Nacional. 1994.
4. Ceberio MR, Watzlawick P. La construcción del universo. 1ª edición Barcelona: Herder. 1998.
5. Strauss R. The Nature and Status of Medical Sociology. American Sociological Review. Vol. 22, No. 2. 1957: 200-204.
6. Albrecht Gary, Fitzpatrick, Ray y Scrimshaw Susan. Social Studies in Health and Medicine. Great Britain: Sage Publications. 2003.
7. Gil Montes V. Política y Cultura. Departamento de Política y Cultura de la Universidad Metropolitana, Unidad Xochimilco. México 2002; 18:219-236.
8. Csordas TJ, Kleinman A. The therapeutic process. In: CF Sargent, TM Jonson (eds.) Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method. Praeger. West Point. 1996 p. 3-20.
9. Geertz, C. La descripción densa. En: La interpretación de las Culturas. México: Gedisa. 1991 p.20-40.
10. Ritzer G. Fenomenología y Etnometodología. En: Teoría Sociológica Contemporánea. México: McGraw Hill. 1995 p. 213-262.
11. Berger P. Luckmann T. La construcción de la realidad social. Buenos Aires: Amarrortu. 1967 p. 47-63.
12. McElroy A, Townsend PK. Medical Anthropology in Ecological Perspectives. 4a edición Cambridge: Westview, 1996: 16-19.
13. Scheper-Hughes N. & LOCK M. 1986. Speaking "truth" to illness: metaphors, reification, and pedagogy for patients. *Medical Anthropology*, 15:137- 140.
14. Amescua M, Carricondo Guirao A. Investigación cualitativa en España "análisis de la producción bibliográfica en salud", Index de enfermería (Edición Digital) 2000;28-9:26-34.
15. Lavielle PD. Construcción cultural de riesgo en pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de doctorado en Antropología. UNAM. México. 1996:55-57.
16. Taylor SJ, Bogdan R. La Observación participante. En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1ª Ed. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1987; 50-99.
17. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. Index Enfermería (Gran) 2000; 30:30-35.
18. Álvarez-Gayou Jurgenson, JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós Educador. 2003.
19. Zamudio T. Medicina y Humanismo. En: La transformación de la Medicina I. Cuadernos De Bioética. Argentina 2005. disponible en URL: <http://www.elabe.bioetica.org/19.htm>
20. Esteinou J. Razón y Palabra, 1996-1997. Disponible en URL: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n5/javi.htm>
21. Viniestra VL. Hacia una tradición crítica. Revista de Investigación Clínica. 1996; 48(2):13