

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
Fundació Dr. Robert. Universitat Autònoma de Barcelona

CURSO DE INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Unidad Didáctica I

LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ASPECTOS TEÓRICOS Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Autor

Carlos Calderón Gómez

Doctor en Medicina. Licenciado en Sociología.
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud de Alza. Unidad de Investigación de Atención Primaria
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Donostia-San Sebastián

Calderón C. La Investigación Cualitativa en Atención Primaria: aspectos teóricos y ámbitos de aplicación. En: Calderón C, Conde F, Fernández de Sanmamed MJ, Monistrol O, Pons M, Pujol E, Sáenz de Ormijana A. Curso de Introducción a la Investigación Cualitativa. Máster de Investigación en Atención Primaria. Barcelona: semFYC. Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Doctor Robert; 2016.

ÍNDICE

Objetivos de la Unidad Didáctica

Conceptos Clave

Escenario

Cuestiones para la discusión

Desarrollo de la Unidad Didáctica

1. *Razones para el desarrollo de la Investigación Cualitativa en Atención Primaria*
 - 1.1. *La complejidad de investigar lo cotidiano*
 - 1.1.1. *Pensando en los pacientes*
 - 1.1.2. *Pensando en los profesionales*
 - 1.1.3. *Pensando en la organización*
 - 1.2. *Las limitaciones, pluralidad y dinamismo del conocer*
2. *Características principales de los métodos de Investigación Cualitativa*
 - 2.1. *Características comunes en la diversidad*
 - 2.2. *Situarse en la perspectiva del otro*
 - 2.3. *Énfasis en el contexto y en la valoración holística del fenómeno*
 - 2.4. *Descripción del escenario. Reflexividad*
 - 2.5. *Importancia de lo procesual*
 - 2.6. *Flexibilidad en el diseño y renuncia a imponer marcos e hipótesis cerradas de partida*
3. *Complementariedad y diferenciación de los enfoques cualitativos y cuantitativos*
 - 3.1. *La Investigación Cualitativa como modelo diferenciado*
 - 3.2. *La Investigación Cualitativa como modelo complementario de apoyo o mejora*
4. *Aplicabilidad de la Investigación Cualitativa en Atención Primaria*
 - 4.1. *Perspectivas de futuro y ámbitos de aplicación*
 - 4.1.1. *Pacientes y poblaciones: creencias, vivencias, percepciones, expectativas.*
 - 4.1.2. *Profesionales: qué prevén, qué hacen, qué esperan, cómo se forman.*
 - 4.1.3. *Organización y gestión: calidad, evaluación, propuestas de mejora*
 - 4.2. *Información, recursos y redes*

Conceptos erróneos más frecuentes

Síntesis

Definiciones de los términos más importantes

Bibliografía

OBJETIVOS DE LA UNIDAD DIDÁCTICA

1. Justificar y razonar la pertinencia de los métodos cualitativos de investigación en Atención Primaria
2. Iniciar el conocimiento de los fundamentos teórico-metodológicos de la Investigación Cualitativa
3. Conocer las diferencias y las posibilidades de complementariedad entre los métodos cualitativos y cuantitativos de investigación.
4. Identificar los principales ámbitos y vías de aplicación de la Investigación Cualitativa en Atención Primaria

CONCEPTOS CLAVE

- Las metodologías cualitativas ofrecen al profesional de Atención Primaria la posibilidad de investigar múltiples aspectos relacionados con su propia práctica, cuyo conocimiento escapa de la medición numérica.
- La Investigación Cualitativa pretende estudiar los fenómenos en su contexto natural y encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden.
- Situarse en la perspectiva del otro, enfatizar en el contexto y en la valoración holística del fenómeno, subrayar la importancia de lo descriptivo y del papel del investigador, incorporar el comportamiento procesual de los fenómenos, y ser flexible en el diseño con la consiguiente renuncia a imponer hipótesis cerradas de partida, constituyen características fundamentales de la Investigación Cualitativa.
- La Investigación Cualitativa cuestiona, por limitante, la frecuente identificación de la ciencia con lo cuantificable. Promover la pluralidad metodológica en la investigación en Atención Primaria supone por un lado, reconocer las fortalezas y limitaciones de las diferentes perspectivas, y por otro, apostar por el rigor y la calidad de los estudios cualitativos.
- La justificación de la metodología cualitativa ha de venir dada por el enfoque teórico de partida y por la naturaleza de la pregunta de investigación. Y a partir de ahí su desarrollo podrá darse bien como modelo propio, o bien como modelo complementario de estudios cuantitativos previos o posteriores.
- La tendencia a la utilización de la Investigación Cualitativa en Atención Primaria es creciente y sus posibilidades de aplicación múltiples. Los pacientes y la población en general, los profesionales de la salud, y las propias organizaciones sanitarias, constituyen ámbitos de investigación especialmente fecundos para las metodologías cualitativas.

ESCENARIO

La escena que se describe a continuación pretende acercarnos a una situación ficticia pero posible en nuestros Centros de Salud. Las dudas, discusiones y actitudes que se plantean nos pueden servir de ejemplos de las múltiples preguntas que surgen a diario en nuestra práctica y que pueden encontrar en la Investigación Cualitativa una herramienta de gran utilidad en la búsqueda de respuestas.

Ha pasado más de un año desde que se distribuyó por correo a todos los médicos del Servicio de Salud una Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la hipertensión. Desde la Dirección llega una notificación al Centro de Salud advirtiéndole de una elevada prescripción de fármacos que no se corresponden con las pautas recomendadas en la Guía, lo cual además ha supuesto un incremento imprevisto del gasto. De seguir así, concluye la nota, “se suspenderán los incentivos que se habían anunciado”.

Ante el malestar que la nota genera, se convoca una reunión a la que acuden médicos y enfermeras, y en un clima de cierta crispación surgen los siguientes temas:

◆ Inicia las intervenciones uno de los médicos diciendo que ya está harto, que lo que ocurre es que a la Dirección con tal de ahorrar dinero no le importa nada la salud de los pacientes y que si se han recetado esos fármacos habrá sido porque los pacientes los necesitan. Otra médica le contesta que las cosas no son así, que ella tiene plena constancia de lo correcto de las indicaciones de la Guía y que “alguna responsabilidad tendremos los médicos en lo que se receta”. “Lo difícil, señala, no está en nosotros sino en los pacientes. A ver quién les cambia un antihipertensivo puesto por un especialista del hospital por más que haya otro igual pero genérico o de otra marca más barata. Los pacientes se fían mucho más de ellos que de nosotros”. “Pues entonces que la Dirección se meta con ellos pero no con nosotros”, le interrumpe el médico anterior.

◆ Es entonces cuando una de las enfermeras entra en el debate: “Lo siento, pero no estoy de acuerdo con vosotros. Yo también leí la Guía y había una serie de medidas no farmacológicas que nunca tenéis en cuenta. Es más, muchas veces añadís nuevos fármacos sin saber si los pacientes toman o no la medicación anterior. Y nosotras sí que sabemos de eso porque nos lo cuentan, pero como nunca nos reunimos para hablar de los pacientes que compartimos... Seguro que si lo de reunirnos contara para lo de los incentivos, lo haríais, pero así es en balde. Nadie nos tiene en cuenta”.

◆ Otro de los médicos toma la palabra: “Me parece que todavía no te has enterado que para que nos den los incentivos se evalúa, como es lógico, lo que se puede medir ¿cómo mides lo de reunirnos, o nuestro grado de compromiso con los pacientes?. Además, si yo no me reúno con la enfermera es porque no tengo tiempo con tanta gente en la consulta. Aquí lo que pasa es que esas Guías se mandan y ya está. Se creen que son mágicas. Nadie viene a explicárnoslas y a preguntarnos qué pensamos. Y yo desde luego paso de todo lo que viene de arriba”.

◆ “Será de lo que viene de arriba, -responde un enfermero- porque cuando os invitan los laboratorios bien que vais, y seguro que intentarán que recetéis sus antihipertensivos aunque no sean los de la Guía”. El primero de los médicos le contesta en tono indignado: “Mira, si yo acepto la invitación de un laboratorio es porque me dan una charla, y me dan una formación que no recibo en esta empresa. Además, ¿por qué me voy a fiar de la Guía de la Dirección y no de la información del laboratorio?”.

◆ La médica anterior le contesta: “Hombre, no todas las informaciones valen lo mismo porque no todas están basadas en ensayos clínicos rigurosos. Lo que pasa es que los objetivos que aparecen en esas Guías son imposibles de conseguir, al menos con los hipertensos que yo tengo: gente mayor, o que se resisten a tomar la medicación porque ya toman no sé cuantas pastillas, y al final prefieren probar con el naturista que al menos les escucha. Yo creo que mis pacientes no tienen nada que ver con los de las Guías”. “Pero más o menos todos tenemos pacientes parecidos y las diferencias en lo que recetamos ahí están, y no entiendo por qué –le responde otro-. Quizás se podría hacer alguna investigación cualitativa. Yo he leído en el BMJ algún trabajo de este tipo”, a lo que le contestan que a esos trabajos no se les puede llamar investigaciones ya que las muestras con las que se trabaja ni son aleatorias ni son estadísticamente representativas.

La reunión se ha alargado en exceso y el primer médico se levanta quejándose de que todavía tiene que hacer un aviso domiciliario que “seguro es para una tontería”, y añade: “Yo estoy quemado de tantas Guías y tanto estudio. Lo que habría que investigar es cómo hacer para que la gente venga al médico por lo que tiene que venir y así todos trabajaríamos mejor”. Los comentarios continúan de manera desordenada ya fuera de la sala. Se decide convocar una nueva reunión con más tiempo para ver qué se hace.

CUESTIONES PARA LA DISCUSIÓN

- En el debate generado a propósito de los efectos de la Guía de Práctica Clínica surgen cuestiones referentes a las percepciones de los pacientes, al papel de los diferentes profesionales y a la propia organización, que reflejan problemas de fondo en el trabajo diario en el Centro de Salud pero que a su vez son difícilmente cuantificables. ¿Quiere ello decir que no se pueden investigar? ¿Existen vías de aproximación al conocimiento de dichos fenómenos diferentes a las estadístico-epidemiológicas?
- Los métodos cualitativos configuran una perspectiva de investigación diferenciada respecto del enfoque “cuantitativo” tradicional. ¿En qué consisten dichos métodos? ¿Hasta qué punto son compatibles o incompatibles, con las investigaciones cuantitativas habituales?
- Si la obtención de información en la Investigación Cualitativa no se basa en muestras aleatorias, no se “oculta” la intervención del investigador, y no se aporta un método único y claramente protocolizable, ¿podemos hablar de investigación como tal, o nos estamos moviendo en campos ajenos a la ciencia?
- El desarrollo de los métodos cualitativos ha tenido lugar tradicionalmente en el ámbito de las ciencias sociales (sociología, antropología, psicología social,...). ¿En qué medida pueden ayudarnos a dar respuesta a las inquietudes y necesidades investigadoras de los profesionales de la salud en Atención Primaria? ¿Cuáles serían sus principales campos de aplicación?

DESARROLLO DE LA UNIDAD DIDÁCTICA

1. Razones para el desarrollo de la IC en Atención Primaria

1.1. La complejidad de investigar lo cotidiano

Las situaciones de incertidumbre presentes en nuestro trabajo diario en Atención Primaria son múltiples, y para su correcto manejo no siempre son suficientes las pautas y recomendaciones derivadas de los estudios estadístico-epidemiológicos(1).

Los pacientes, la organización, y nosotros mismos, configuramos una realidad dinámica e interrelacionada y cuyo conocimiento requiere también de enfoques y métodos que posibiliten comprender mejor aquello que no es cuantificable, y no porque su relevancia sea menor, sino fundamentalmente porque tiene que ver con la complejidad de lo humano(2;3).

Las metodologías cualitativas representan en este sentido una oportunidad para mejorar lo que sabemos y cómo actuamos en cada uno de los diferentes campos citados. Y también, como veremos más adelante, un reto para nuestra forma habitual de orientar la labor investigadora y de considerar las diferentes “evidencias” a tener en cuenta en nuestro trabajo en Atención Primaria(4;5).

1.1.1. Pensando en los pacientes

En su práctica clínica cotidiana el profesional de Atención Primaria se ve obligado a preguntarse permanentemente por las razones que explican las dolencias de sus pacientes, por la elección de los procedimientos que mejor le pueden ayudar en dicho proceso diagnóstico, y por las medidas terapéuticas que ayuden de forma más efectiva a esos pacientes bien en la curación, en la prevención, o en el alivio de sus problemas de salud.

Sabe además, merced a los estudios epidemiológicos, que la prevalencia de cada uno de esos problemas o patologías está vinculada en mayor o menor grado a la presencia de determinados factores como la existencia de otras

patologías, la edad, el género, los hábitos individuales, o el medio social, y que tanto la justificación de los procedimientos diagnósticos como la efectividad de las medidas terapéuticas a llevar a cabo han de razonarse mediante conceptos cuantificables estadísticamente como sensibilidad, especificidad, disminución de riesgos, o número necesario de pacientes a tratar.

Sin embargo, su experiencia diaria no deja de generarle interrogantes. Por un lado, las patologías siempre se presentan encarnadas en individuos concretos, que rara vez acuden por un único problema, y cuyas demandas y manifestaciones - más como síntomas difusos que como signos precisos - varían llamativamente en función de su biografía, de sus creencias y pautas culturales, de su contexto familiar y social, y también, por supuesto, de sus experiencias previas con los servicios de salud en general y con nosotros, como “su médico”, en particular.

Las justificadas recomendaciones de orientar el trabajo asistencial hacia el paciente como un todo no encuentran suficiente ayuda en los resultados de los ensayos clínicos o los meta-análisis. Las propias exigencias del diseño experimental tanto en cuanto al tipo de problemas a investigar - necesariamente codificables y cuantificables - como a los criterios de selección de las muestras poblacionales conllevan sus correspondientes limitaciones en la aplicabilidad de los resultados(6). Nuestras incógnitas parten con gran frecuencia de la constatación empírica de una realidad en la que los pacientes no se comportan respecto de sus dolencias como objetos pasivos en un laboratorio, sino que su demanda es una demanda activa, en la que están siempre presentes procesos de interpretación y de construcción de significados y sentidos tanto respecto de sus propias dolencias como del tipo de respuesta que esperan de nosotros(7).

Dicha realidad, en la que paciente y contexto aparecen como inseparables, repercute de modo permanente en nuestra práctica diaria: ¿qué entienden los pacientes por “problemas médicos” y “no médicos”?, ¿qué les lleva a unos a ser calificados como “hiperfrecuentadores”, y a otros a no acudir a la consulta a pesar de que desde nuestro punto de vista lo necesiten?, ¿cómo entienden el “ser diabético”, “hipertensa”, “VIH positivo” o “tener depresión”?, ¿por qué algunos no hacen caso a nuestras recomendaciones, o no “cumplen” los tratamientos?, ¿por qué otros lo hacen?, ¿por qué unos nos piden información exhaustiva sobre su enfermedad cancerosa, y otros no quieren saber nada al respecto?, ¿qué supone para ellos “encontrarse bien”?, ¿y estar “satisfechos”, “poco satisfechos” o “muy satisfechos” con la asistencia que reciben?, ¿por qué acuden a las denominadas medicinas alternativas?, ¿por qué no nos lo cuentan?

1.1.2. Pensando en los profesionales

El origen de las múltiples preguntas cuyas respuestas exceden o sobrepasan lo cuantificable no se limita al terreno de los pacientes.

En cuanto Médicos de Familia o profesionales de la Enfermería hemos sido formados en Facultades, Escuelas, Hospitales y Centros de Salud en los que hemos aprendido mucho más que la información objeto de examen. Junto a la asunción de concepciones relativas a la salud, a la enfermedad y al quehacer científico deudoras en gran medida del modelo biomédico desarrollado principalmente a partir del siglo XIX, vamos configurando a través de las diferentes instituciones nuestras propias señas de identidad como profesionales, las cuales, queramos que no, se traslucen de modo constante en la práctica diaria.

Los programas curriculares y docentes contribuyen a homogeneizar dichas "identidades" desde las que afirmamos "ver" a los pacientes, de modo diferente a como decimos que lo hacen los colegas de otros estamentos y especialidades, y desde las que reclamamos "ser vistos" también de forma singular tanto por aquéllos como por los demás profesionales con quienes trabajamos. Pero a su vez no deja de resultar llamativa la gran variabilidad en las pautas de comportamiento dentro de nuestras profesiones. Las consecuencias cuantificables de dicha variabilidad se traducen en diferencias notables en la prescripción farmacéutica, en la solicitud de pruebas diagnósticas, o en las derivaciones a otros especialistas, amén de otras actividades como las visitas domiciliarias, las sesiones formativas, las reuniones con enfermería, o los trabajos de investigación.

Con el objeto de reducir dichas diferencias y acercar las pautas de actividad a lo que se entiende por "buena práctica", en los últimos años se vienen sucediendo numerosos intentos de mejorar la calidad a través de programas, protocolos y guías de práctica clínica. El auge de la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE) responde en gran medida a la voluntad de homogeneizar los criterios diagnósticos y terapéuticos en base al mayor sustento científico posible. Pero su desarrollo se ha reducido con frecuencia a la aplicación de esquemas jerárquicos de "evidencias" a partir del metaanálisis y del ensayo clínico como patrones de referencia del fundamento científico. En la práctica cotidiana nos encontramos con multitud de intervenciones, pequeñas o mayores, instrumentales o de comunicación, cuyo comportamiento y efectividad requieren ser evaluados conforme a diseños diferentes, acordes con la naturaleza y finalidad de dichas intervenciones (8). La Investigación Cualitativa configura también aquí su propio campo de conocimiento orientado al estudio de los valores, actitudes, y expectativas de los profesionales(9), como vía para comprender mejor sus comportamientos y las razones de sus prácticas con frecuencia dispares, tal y como se escenificaba en el ejemplo del comienzo.

De ahí que resulte inevitable orientar nuestras preguntas al cómo, al por qué, y al para qué, y no sólo al cuántos. ¿Por qué se dan respuestas tan desiguales ante recomendaciones comunes de buena práctica clínica?, ¿cuáles son los valores compartidos respecto del "buen médico de familia"?, ¿y del "buen profesional de enfermería"?, ¿cómo influyen dichos "valores" o pautas de comportamiento en la asistencia cotidiana?, ¿se corresponden dichos valores con lo que esperan los pacientes de nosotros?, ¿se trata de pautas o criterios susceptibles de compartirse con el resto de los profesionales del Centro de Salud?, ¿cómo entendemos que se ha de mejorar nuestra práctica clínica?,

¿cómo valoramos el papel de la MBE y de las Guías desde la realidad de la consulta?, ¿cómo pensamos que se deberían elaborar y difundir?.

1.1.3. Pensando en la organización

Las relaciones del médico de familia con el paciente y con los demás profesionales, siempre tienen lugar en el marco de una determinada organización. Dicha organización, bien sea Centro de Salud, Servicio, u Hospital, responde por una parte a las concepciones de sistema de salud, servicios públicos y modelo de sociedad predominantes en cada momento, y por otra, determina no sólo las condiciones contractuales de los profesionales de la salud y las vías y formas de acceso de los pacientes, sino que a un nivel más concreto define, entre otros aspectos, las normas, los tiempos, las responsabilidades y las jerarquías de cada profesional, configurando modos de actuar, de relacionarse, e incluso una determinada “cultura organizacional” que indudablemente marca nuestra práctica cotidiana(10;11).

El debate sobre el no cumplimiento de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica que utilizábamos como ejemplo de escenario estaba salpicado de referencias a los pacientes y de posicionamientos corporativos, pero a su vez las claves explicativas de las tensiones presentes no podrían entenderse al margen del contexto organizativo en que tienen lugar.

Además de sus peculiaridades específicas, la micro-organización del Centro de Salud se comporta como un sistema abierto tanto hacia las estructuras sanitarias superiores, como hacia ámbitos externos como la industria farmacéutica, las organizaciones colegiales y científicas, y la sociedad en general, medios de comunicación incluidos. Y por otra parte las interacciones resultantes se modifican y dejan su huella a lo largo del tiempo, requiriendo para su estudio de perspectivas diacrónicas o longitudinales, lo cual sin duda contribuye a complejizar el conocimiento en profundidad de nuestro quehacer cotidiano.

¿Qué supone para los profesionales el Centro de Salud o el Servicio del que formamos parte?, ¿y qué representa para los pacientes?, ¿y para los gestores?. ¿Cómo viven éstos su vinculación con los profesionales?, ¿y con los niveles político-sanitarios superiores?. ¿Cómo se entiende desde la gestión la heterogeneidad en la práctica clínica?, ¿para qué, a quién, cómo, y qué se evalúa en los servicios de salud?. ¿Cuál es nuestra concepción de la Atención Primaria?, ¿y de la industria farmacéutica?, ¿y de nuestras propias organizaciones profesionales?. ¿Cómo influyen dichas concepciones en nuestra práctica?, ¿Han cambiado a lo largo del tiempo?, ¿en qué sentido?.

1.2. Las limitaciones, pluralidad y dinamismo del conocer

De acuerdo con lo señalado por Conde(12) podríamos afirmar que en el proceso de aproximación al conocimiento de los fenómenos que tienen que ver

con lo humano, como son la mayoría de los generados en el ámbito de la Atención Primaria, se produce siempre una pérdida de información. Desde el momento en que “detenemos” temporalmente el fenómeno para estudiarlo y procedemos posteriormente a su descomposición hasta llegar a los niveles susceptibles de ser ordenados y cuantificados, ganamos en la capacidad operacional que nos proporciona lo numérico, pero a su vez nos alejamos de la expresión original del fenómeno en su complejidad, corriendo el riesgo de desvirtuar lo esencial del objeto de estudio.

Quizás los profesionales de Atención Primaria seamos los mejor conocedores de los efectos que la multi-especialización conlleva en el trabajo asistencial en cuanto a pérdida de la visión global del paciente. Sin embargo, por lo general participamos de considerar la cuantificación no ya como un modo necesario -e imprescindible- de aproximarnos a la salud y a la enfermedad, sino como la manifestación única del conocimiento que necesitamos para su mejora (13).

En este sentido hemos de tener en cuenta las influencias del modelo biomédico y del pensamiento positivista de los siglos XVIII y XIX, estudiadas por historiadores de la medicina como Laín, Gracia y López Piñero, en la asunción de los cánones de “verdad” vigentes en las ciencias naturales y en la tendencia a identificar el conocimiento científico con lo numéricamente medible(14). Como resultado de lo anterior, el componente “interpretativo”, siempre presente en el proceso del conocer, se margina, se oculta, degradándose en consecuencia la importancia de la palabra y de lo narrativo en cuanto expresión de los significados y valores que los individuos construimos en nuestra vida social.

Tal y como comentábamos anteriormente, el reciente desarrollo de las corrientes “basadas en la evidencia”, tanto en medicina como en enfermería, también se ha visto acompañado en ocasiones de versiones que han reducido su potencial de rigor y de pensamiento autocrítico a una visión estrecha y parcial del conocimiento científico en el ámbito de las ciencias de la salud(15;16).

Investigar desde una perspectiva cualitativa presupone cuestionar dicha visión unilateral de la ciencia. La Atención Primaria constituye una realidad lo suficientemente compleja como para aproximarnos a su conocimiento con la “humildad consciente” propia del quehacer científico(17). Y en ese proceso de búsqueda de respuestas necesitamos de perspectivas y de métodos que nos aporten información no sólo en extensión, sino también en profundidad.

Señala Conde(18) que la perspectiva cualitativa en cuanto “mirada” orientada a la interpretación de los significados y vivencias individuales y grupales que escapan de la medición numérica, no es algo ajeno y exterior a las ciencias de la salud, sino que forma parte consustancial de las mismas. Y en la práctica sabemos que el trabajo asistencial de los profesionales de Atención Primaria no sería posible sin el concurso, generalmente inconsciente, de dicha “mirada”. A partir de ahí se trataría por tanto de reconocerle la importancia que tiene, de recuperarla como algo propio, y de incorporarla conscientemente a nuestro acervo como metodología de investigación.

2. Características principales de los métodos de investigación cualitativa

2.1. Características comunes en la diversidad

La investigación cualitativa, lejos de constituir un procedimiento homogéneo y estructurado, representa mas bien una “**pluralidad de saberes y de prácticas**”(19). Dicha pluralidad tiene que ver con la variedad de disciplinas donde la metodología cualitativa se ha desarrollado en los últimos decenios (sociología, antropología, psicología, filosofía, lingüística...) y también con su propia plasticidad en función del objeto y del contexto a investigar. Partiendo de la dificultad de llegar a una única definición Grbich(20) agrupa los numerosos intentos realizados previamente en tres corrientes o vías de acercamiento: una primera más orientada hacia las particularidades de los métodos y las técnicas cualitativas; una segunda centrada principalmente en las diferentes visiones o paradigmas teóricos que la fundamentan; y una tercera que denomina como “dinámica” en referencia a la posibilidad por parte del investigador de adecuar de modo más abierto las diferentes aportaciones teóricas a las características del fenómeno y contexto de investigación.

El creciente desarrollo de las investigaciones cualitativas en Atención Primaria nos muestra numerosos ejemplos de lo cuestionable que resulta la reducción de la IC a la mera utilización de una serie de técnicas cualitativas de obtención de información, obviándose el componente teórico-metodológico en cuanto perspectiva o “mirada” diferenciada tanto en la justificación del diseño como en el análisis y discusión de los resultados. Y por otro lado, también es posible encontrar casos de “exceso teórico” con una desproporcionada atención retórica al ámbito de los paradigmas teóricos a costa de la infravaloración del componente empírico que toda labor investigadora conlleva.

Desde nuestro punto de vista, enfoque teórico, diseño metodológico y rigor en la aplicación de las técnicas de la investigación deben entenderse como componentes inseparables e imprescindibles en el proceso de investigación cualitativa(21).

Es importante subrayar en este sentido la **necesidad de diferenciar los conceptos de metodologías, métodos y técnicas de investigación**(22). Las **metodologías** hacen referencia a las bases teóricas y epistemológicas del conocimiento que fundamentan nuestra perspectiva en la investigación, es decir, el tipo de mapa o marco de partida donde nos situamos tanto el objeto de investigación como nosotros mismos. A partir de dicha perspectiva, los **métodos** nos marcan los caminos o rutas a seguir en el proceso investigador para responder lo mejor posible a la pregunta y objetivos que nos hemos marcado. Y finalmente las **técnicas** o procedimientos constituyen las herramientas específicas de que nos servimos para recorrer dichas rutas, seleccionando, recogiendo, analizando y verificando toda la información necesaria para llevar a cabo en la práctica el proceso de investigación.

En el caso de la investigación cualitativa, como decíamos, concurren diferentes corrientes de pensamiento, y además podrá llevarse a cabo según diferentes métodos y con técnicas diferenciadas o comunes (conversacionales, observacionales, documentales...), pero en todos los casos ha de ser el proceso de investigación en su conjunto, y no una determinada técnica, lo que justifique y dé cuenta de la metodología cualitativa por la que se ha optado. Volveremos de nuevo a tratar el tema con más detenimiento en la **Unidad II** y también en la **Unidad VIII**.

En la **Tabla nº 1** se reproduce, modificada, la clasificación de Spencer y cols(23) de las principales tradiciones teóricas y disciplinas de origen de las corrientes que más han aportado a la configuración de la IC como perspectiva diferenciada del conocimiento. Los textos de Vallés(24), Morse(25), Vasilachis de Gialdino(26), Minayo (27), Savin-Baden (28), o Seale (29), junto a manuales más recientes como los de Berenguera (30) y Pedraz (31) entre otros, nos pueden servir asimismo de gran ayuda para familiarizarnos con la pluralidad de enfoques teóricos que confluyen en la IC, cuyo tratamiento más extenso sobrepasa, no obstante, los objetivos del presente Curso.

Para el profesional de Atención Primaria el acercamiento a dichas corrientes conlleva en ocasiones la dificultad de los nuevos aprendizajes e incluso de los nuevos lenguajes y terminologías. Pero a su vez constituye una muy recomendable oportunidad de apertura pluri-disciplinaria y de mejor comprensión de los fundamentos de la IC. En todo caso, deberíamos evitar la precipitación en “auto-etiquetarnos” dentro de una u otra corriente sin conocerla lo suficiente o sin justificar dicha opción, y también el miedo a no iniciar una investigación cualitativa hasta no dominar la totalidad de las teorías. En mi opinión, el estudio de la teoría debe ir siempre acompañado de las exigencias de la práctica, entendiendo que la labor del investigador cualitativo resulta en gran medida similar a la de un “bricoleur” o artesano capaz de ir buscando las aportaciones teóricas más fecundas en función de las peculiaridades y objetivos del problema a investigar.

Partiendo por tanto de una visión integradora y plural de metodologías, métodos y técnicas, consideramos que sigue siendo válida la definición de Denzin y Lincoln en la 1ª edición de su Handbook(32) acerca de la IC: **la Investigación Cualitativa se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden**. Para ello, la IC se sirve de aquellos materiales empíricos (entrevistas, observaciones, textos, historias de vida, experiencias personales, etc.) que mejor describen las situaciones tanto rutinarias como problemáticas, y lo que significan en las vidas de los individuos.

El objetivo de la IC no es, por tanto, la cuantificación empírica de los hechos, sino la interpretación y análisis de los discursos y motivaciones(33) en cuanto dimensiones inseparables de aquellos e imprescindibles para el conocimiento en profundidad de los fenómenos y actividades humanas.

La IC representaría en nuestro caso una perspectiva de investigación que incorpora dichas dimensiones comprensivas e interpretativas de lo humano en

el ámbito de las ciencias de la salud, entendidas éstas más allá de lo únicamente cuantificable (34;35) y con las consiguientes implicaciones a nivel de diseño, obtención y análisis de la información, y evaluación de su calidad, tal y como veremos en las sucesivas Unidades.

Tabla Nº 1
Tradiciones en la Investigación Cualitativa

Tradición/ Corriente teórica	Disciplinas de origen	Finalidad
Etnografía	Antropología/Sociología	Entender el mundo social de la gente mediante la inmersión en su comunidad para producir descripciones detalladas de la cultura y las creencias
Fenomenología/ Etnometodología	Filosofía/Sociología	Entender los “constructos” que la gente utiliza en su vida cotidiana para dar sentido a su mundo
<i>Referentes de</i>		
Análisis conversacional	Sociología/lingüística	Analizar el modo en que la conversación está organizada estructuralmente., centrándose en el orden y en los turnos de palabra que muestran la vía mediante la cual la gente interpreta las situaciones
Análisis del discurso	Sociología/lingüística	Estudiar las vías de producción de conocimiento en cada discurso y las formas, estilos y medios retóricos utilizados en los diferentes relatos
Protocol analysis	Psicología	Examinar y extraer inferencias respecto de los procesos cognitivos que subyacen en la realización de las tareas
Interaccionismo simbólico	Sociología/Psicología social	Explora el comportamiento y los roles sociales para entender cómo la gente interpreta y reacciona en su medio
<i>Referente de</i>		
Teoría fundamentada	Sociología	Desarrollar teorías “emergentes” de acción social a través de la identificación de categorías analíticas y de las relaciones entre ellas
Ethogenics	Psicología social	Explorar las estructuras subyacentes en los comportamientos investigando el significado que las gente les concede
Constructivismo	Sociología	Desplegar las “múltiples realidades construidas” a través de la investigación compartida (ente investigadores y participantes) de sus significados y explicaciones
Teoría crítica	Sociología	Identificar las vías mediante las cuales las condiciones materiales (económicas, políticas, de género, étnicas,...)influyen en las creencias, comportamientos y experiencias (utilizando en algunos casos los nuevos conocimientos adquiridos para promover el cambio)

Como veremos a lo largo del Curso, el ámbito de la investigación cualitativa en salud, y por tanto en Atención Primaria, conlleva sus propias particularidades en los desarrollos teóricos y prácticos de la IC hasta el punto de ser considerada por determinados autores como una subdisciplina (36). Pero ello no presupone que en el ámbito de la salud dejen de estar presentes los distintos enfoques y corrientes a que nos referíamos. De ahí que resulte especialmente pertinente subrayar las características señaladas por Murphy y cols.(37) a modo de común denominador de la perspectiva cualitativa en cuanto metodología de investigación:

2.2. Situarse en la perspectiva del otro

La IC pretende descubrir la naturaleza de los fenómenos humanos y sociales a través de la comprensión de cómo la gente actuamos y damos sentido a nuestras propias realizaciones. Desde el punto de vista teórico ello supone asumir por un lado el *componente interpretativo* de la realidad, y por otro reconocer que detrás de dichas interpretaciones es posible encontrar “patrones” o significados compartidos que ayuden a explicar aspectos importantes de aquella que aparentemente permanecen ocultos. Por lo tanto, una condición imprescindible para poder llevar a cabo la labor investigadora con éxito es la **de intentar situarse en la perspectiva del otro, para así poder ir comprendiendo las coordenadas desde las que actúa y elabora su propio discurso.**

En la práctica, tal y como veremos en las siguientes Unidades, se trata de un proceso trabajoso. Primero, porque las perspectivas de las personas a estudio no siempre son fácilmente accesibles (comentaremos, por ejemplo, la *intencionalidad del muestreo*, o los requisitos de las *entrevistas y observaciones*). Además, el grado de conocimiento que consigamos a través de la información recogida puede no ser suficiente para explicar el fenómeno (hablaremos de la *saturación* de los datos y del dinamismo y complementariedad de los diseños). Y por último, porque junto a la necesidad de “congelar” transitoriamente nuestros propios prejuicios, es importante interiorizar lo valioso del discurso ajeno.

¿Por qué algunos profesionales de nuestro ejemplo consideran negativo todo lo que llega de Dirección?, ¿qué espera la Dirección de las Guías y cuál cree que es su papel?, ¿cómo viven las enfermeras su rol profesional en la atención a los pacientes hipertensos?

Analizar las perspectivas de los profesionales y de los gestores sobre el trabajo en Atención Primaria puede resultar un primer paso necesario para explicarnos sus deficiencias. Del mismo modo que para conocer lo que los pacientes saben o esperan de nuestra práctica deberemos en primer lugar intentar colocarnos en su posición.

2.3. Énfasis en el contexto y en la valoración holística del fenómeno

Otro de los requisitos que conlleva la IC es el intentar el **máximo acercamiento al contexto donde se sitúa el objeto de estudio, contemplándolo en sus diferentes dimensiones**. La importancia, y la dificultad, de investigar en los escenarios donde se desenvuelven habitualmente las personas o los grupos que queremos estudiar son sin duda grandes. De ahí la riqueza de la información proporcionada por los estudios observacionales.

Pero aún en el caso de las investigaciones en las que la información se obtiene mediante técnicas conversacionales y documentales, se tratará siempre de *jugar en el campo del otro*, para conocer bien directamente, o bien indirectamente a través de sus propias narraciones, las peculiaridades de dicho campo: quiénes juegan habitualmente, en qué posición, bajo qué condiciones, quiénes son los públicos, cuáles son los premios y las sanciones, los tiempos de permanencia en el equipo, etc, etc. Cuanto mejor sea nuestro conocimiento de las dimensiones del terreno, mejor será nuestra capacidad interpretativa de los discursos y perspectivas de los protagonistas.

¿Cuál es la relación habitual entre la Dirección y los profesionales del Centro de Salud?, ¿cómo es la “vida habitual” del Centro (asistencia, reuniones, formación,...)?, ¿cómo es la población a la que atienden?, ¿en qué consisten las relaciones con la industria farmacéutica?, son algunas de las cuestiones que habría que tener en cuenta para comprender el significado y el sentido de lo debatido en el ejemplo.

2.4. Descripción del escenario. Reflexividad

La capacidad descriptiva del investigador desempeña en el caso de la Investigación Cualitativa un papel clave. Por un lado es necesaria para captar la riqueza de matices presente en el *contexto* y en el *proceso de interacción* del investigador con los individuos o grupos con los que está investigando. Y por otro, de la meticulosidad de dicha descripción dependerá en gran parte la credibilidad de los hallazgos y su mayor o menor receptividad por parte del lector que lógicamente buscará las similitudes y las diferencias entre el escenario del estudio y el suyo con el objeto de conocer hasta qué punto dichos hallazgos le son útiles y aplicables.

La reivindicación de la buena descripción no debe llevarnos a olvidar que por muy exhaustiva que sea la labor descriptiva siempre estará condicionada en mayor o menor medida por los presupuestos teóricos del autor, lo cual requiere que sean a su vez ser explicitados y discutidos.

Tal y como indica Alonso(38), si los contenidos subjetivos del fenómeno humano forman parte de la realidad estudiada, y por ello constituyen el objeto mismo de la investigación, en la perspectiva cualitativa **el investigador no**

pone su subjetividad entre paréntesis, sino que por el contrario la integra de manera controlada en la investigación. A esta consciencia de la interacción generada por el propio investigador la denominamos *reflexividad*, la cual ha de estar presente a lo largo de las diferentes fases de la investigación, desde la misma selección de la pregunta hasta el cómo y dónde difundir los resultados del estudio.

De ahí que ante una posible aproximación cualitativa al problema-ejemplo de no cumplimentación de la Guía, el investigador debería plantearse al menos las siguientes preguntas: ¿De qué tipo de Centro de Salud hablamos?, ¿cómo son sus profesionales y cómo es la Dirección?, ¿cuáles son las características de la Guía y qué supone la hipertensión en el trabajo del Centro?, ¿quiénes somos nosotros como investigadores?, ¿por qué hemos seleccionado este problema y no otro?, ¿de qué preconcepciones partimos?, ¿bajo qué criterios hemos llevado a cabo la búsqueda bibliográfica?, ¿cómo ha sido nuestra intervención tanto en la recogida de la información como en su análisis?, ¿para qué y para quién llevamos a cabo la investigación?

Mostrar sobre la mesa los presupuestos, expectativas y motivaciones del investigador, posibilita además dar luz a los **aspectos éticos**, frecuentemente invisibles también en los estudios cuantitativos tras la pretendida neutralidad de la actividad investigadora(39).

2.5. Importancia de lo procesual

Desde la Investigación Cualitativa se subraya que **la vida social, incluido el acontecer relacionado con la salud y la enfermedad, tiene un carácter dinámico y por ello es importante acercarnos a su conocimiento desde un enfoque procesual.**

La transversalidad predominante en la mayoría de los estudios que se llevan a cabo mediante encuesta en Atención Primaria conlleva una pérdida de información muchas veces fundamental para poder entender el fenómeno objeto de investigación. Volviendo a nuestro escenario/ejemplo, la actitud respecto de “lo que viene de arriba”, las quejas veladas sobre cómo se difundió la Guía, las convicciones de la médica sobre cómo son sus pacientes, o la valoración de la enfermera sobre su propio trabajo, representan vivencias que difícilmente pueden ser explicadas al margen de su evolución temporal.

Teniendo en cuenta que la “*longitudinalidad*” o continuidad en el tiempo forma parte de las especificidades de la Atención Primaria, muy probablemente estemos en las mejores condiciones para comprender la importancia de dicha dimensión procesual no sólo en lo que respecta al estudio de las percepciones y expectativas de los pacientes para con nosotros y con el resto de los referentes sanitarios, sino también en las múltiples ocasiones en que el problema a investigar se sitúa en los propios profesionales y en sus contextos organizativos.

2.6. Flexibilidad en el diseño y renuncia a imponer marcos e hipótesis cerradas de partida

La Investigación Cualitativa pretende en última instancia generar explicaciones teóricas de un determinado fenómeno mediante la indagación en las interpretaciones de los sujetos involucrados en el mismo, teniendo presente el contexto natural en que se produce. Este esfuerzo por *adecuar los medios de la investigación a la complejidad de lo real y no a la inversa*, hace de la apertura y la flexibilidad condiciones imprescindibles de la metodología cualitativa tal y como se verá con mayor detalle a propósito de los Diseños en la **Unidad II**.

El predominio de la voluntad inductiva, en el sentido de centrar la atención en el componente de “descubrimiento”, obliga a considerar los presupuestos de partida como provisionales, y por lo tanto susceptibles de ser modificados en la medida en que avanza el proceso de investigación. Por supuesto, ello no supone negar el componente de “consistencia” asimismo necesario para que el descubrimiento sea válido, ni ignorar la potencia deductiva del ojo experto, pero en todo caso la importancia de lo “emergente” constituye una de las señas de identidad de la búsqueda cualitativa.

Miller y Cratbtree(40) dibujan un amplio mapa de posibilidades al respecto diferenciando tres posibles o estilos o estrategias a seguir en el proceso interpretativo que denominan como “plantilla”, “edición” e “inmersión/cristalización”, en función de la mayor o menor presencia en el mismo del enfoque deductivo o inductivo.

En cualquiera de los casos, lo relevante de dicho proceso de investigación cualitativa no va a radicar tanto en la confirmación o rechazo de hipótesis previas perfectamente delimitadas, sino más bien en el descubrimiento de interpretaciones teóricas y también de pistas explicativas que nos permitan ir construyendo preguntas cada vez mejores y más pertinentes.

3. Complementariedad y diferenciación de los enfoques cualitativos y cuantitativos.

A partir del breve ejemplo de nuestro escenario de partida hemos venido insistiendo en el carácter inevitablemente complejo de la realidad en que nos movemos como profesionales de Atención Primaria y en la conveniencia de plantearnos su conocimiento desde una perspectiva abierta de lo científico en la que resulta imprescindible contar con el concurso tanto de los métodos cuantitativos como cualitativos.

Dicha opción por el **pluralismo metodológico**(17) no supone ignorar los diferentes referentes teóricos y epistemológicos que sustentan las perspectivas cuantitativas y cualitativas, ni los momentos de conflicto, distensión o cooperación entre ambas que han tenido lugar a lo largo de los debates todavía abiertos en las ciencias sociales y tanto en el contexto anglosajón como iberoamericano. Las síntesis llevadas a cabo por Pope y Mays(41), Denman y Haro(42) y Calderón y Fernández de Sanmamed (14) constituyen ejemplos de exposición comparada de las características de los enfoques cuantitativo y cualitativo desde planteamientos no de oposición sino de complementariedad. En la **Tabla nº 2** se reproducen de modo resumido algunos de los rasgos diferenciadores señalados por dichos autores.

Desde nuestro punto de vista insistimos en evitar tanto una lectura dicotómica de los rasgos señalados, como la atribución en abstracto de superioridades de un enfoque sobre otro. Entendemos que cada uno presenta sus fortalezas y limitaciones y que la dificultad de intentar conocer las múltiples facetas de la Atención Primaria justifica la “complementariedad por deficiencia” de ambos (43;44) en nuestra labor de investigación.

Dependiendo de la naturaleza del fenómeno a investigar, de nuestro bagaje teórico/práctico como investigadores y del contexto en que nos encontremos, definiremos la pregunta y el enfoque metodológico más apropiado, y a partir de ahí diseñaremos el proceso de investigación(45). Las distorsiones y los errores se pueden producir en ambos sentidos. Empeñarnos en cerrar mediante análisis estadísticos el conocimiento de fenómenos que requieren de un enfoque cualitativo resulta tan inadecuado como justificar la pertinencia de la investigación cualitativa en función del insuficiente tamaño de la “n” (46).

Tabla N° 2

Rasgos diferenciadores de las metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación

	ENFOQUE CUANTITATIVO	ENFOQUE CUALITATIVO
Aspectos teórico-epistemológicos	Dualismo sujeto/objeto Libre de contexto Ausencia de valores	Interdependencia sujeto/sujeto Énfasis en el contexto Presencia de valores
Objetivos	Medir y predecir. ¿Cuántos “X”? Verificar teorías Generalizar	Interpretar. ¿Qué es “X”? Descubrir teorías Profundizar
Diseño	Preestablecido, cerrado, lineal Orientado a la comprobación	Flexible, abierto, circular Orientado al descubrimiento
Métodos y técnicas	Escenarios artificiales Muestreo probabilístico, aleatorio Experimentos, encuestas y censos	Escenarios naturales Muestreo intencional, suficiente Observación, entrevistas, textos
Análisis	Se realiza al final Orientación deductiva Enfatiza en la fiabilidad	Permanente Orientación inductiva Enfatiza en la validez

La complementariedad de los enfoques cuantitativo y cualitativo no debería entenderse, por tanto, como dos formas de responder a la misma pregunta, ni como la forma de conocer dos parcelas contiguas de un mismo campo. Hemos de insistir en que ambos enfoques representan dimensiones distintas de comprensión de la problemática objeto de investigación. Cada forma de mirar conlleva una forma de buscar y de preguntarse necesariamente diferente, y las respuestas van a corresponderse asimismo con planos o niveles de reducción/cristalización del fenómeno también diferentes. De ahí que la complementariedad a que nos referimos no esté reñida con la autonomía de cada modo de conocer tanto en lo temporal como en lo espacial, ni debiera limitarse únicamente al “antes de” o “a continuación de”.

En los últimos diez años estamos asistiendo a un auge notable de las denominadas metodologías mixtas o “mixed methods” en el campo de la salud (47), lo cual conlleva sin duda nuevas posibilidades y también nuevos retos en cuanto a los diseños y requisitos metodológicos de los estudios (48;49), pero en esta primera aproximación nos serviremos indirectamente del esquema propuesto hace ya tiempo por Popay y Williams (50) para ilustrar posibles áreas de intervención de la IC como “modelo propio o diferenciado” y como “modelo complementario de apoyo o mejora”, tal y como se resume en la **Tabla nº 3**. Los ejemplos citados corresponden en su mayoría a publicaciones pioneras en dichas áreas. En el apartado 4 los complementaremos con estudios más actuales llevados a cabo en nuestro medio.

Tabla Nº 3

Aplicaciones de la Investigación Cualitativa como modelo propio y como modelo complementario

La IC como modelo propio o diferenciado	La IC como modelo complementario de apoyo o mejora
a) Explorar las prácticas cuya justificación se "da por hecho" en el ámbito de la atención a la salud.	a) Entender por qué determinadas intervenciones funcionan o no funcionan.
b) Entender las diferencias en el comportamiento de los clínicos y de los profanos ante la puesta en práctica de determinadas intervenciones sanitarias.	b) Identificar de forma apropiada las variables susceptibles de ser medidas.
c) Cultura organizacional y gestión del cambio	c) Mejorar la precisión y la relevancia de lo cuantitativo.

3.1. La investigación cualitativa como modelo propio o diferenciado

Como tal enfoque, mirada o modelo diferenciado, la IC presenta múltiples aplicaciones potenciales en Atención Primaria. Sin perder de vista el ejemplo escenificado al comienzo de la Unidad, señalaremos algunas de las principales:

a) Explorar las prácticas cuya justificación se "da por hecho" en el ámbito de la atención a la salud.

En el trabajo diario en el Centro de Salud nos encontramos con múltiples situaciones cuyas respuestas se llevan a cabo no de forma razonada sino en función de hábitos, costumbres y estereotipos, sin el suficiente esfuerzo de reflexión previa que las justifique. En dichas circunstancias el riesgo de padecer consecuencias negativas suele discurrir de forma inversamente proporcional al grado de poder de los afectados, lo cual situaría a los pacientes como el grupo en general más vulnerable, aunque no el único.

Asumir de modo incuestionable que la población demanda asistencia sin motivo, que las enfermeras no tienen nada que decir acerca del tratamiento de las personas hipertensas, que los médicos prescriben en función de la industria farmacéutica, o que detrás de la distribución de la Guía de hipertensión sólo existe un interés por el ahorro, no sólo conlleva el error de lo no argumentado y de lo impreciso, sino que además con gran frecuencia bloquea la necesaria tarea de conocer qué entendemos unos y otros por demanda inapropiada, cómo vemos el papel de cada profesional y del equipo, cuáles son los móviles que influyen en la prescripción y cómo actúan, o cómo valoran gestores y profesionales la función de las Guías, su utilidad y su puesta en práctica.

La importancia de las consecuencias de dicho conocimiento requeriría que lo asumiéramos con rigor, siendo su vez conscientes de la complejidad del objeto de estudio. Los métodos cualitativos constituyen en este caso una herramienta de indudable utilidad. Los primeros trabajos publicados de Putnam et al. y de Freeman y Sweeney sobre la visión de la MBE por los médicos generalistas y las razones de no cumplimentación de sus recomendaciones, o el de Gandhi et al. acerca de los motivos para cambiar de médico por parte de los pacientes, constituyen ejemplos de interés al respecto¹.

b) Entender las diferencias en el comportamiento de los clínicos y de los profanos ante la puesta en práctica de determinadas intervenciones sanitarias.

¹ Putnam W, Twohig PL, Burge FI, Jackson LA, Cox JL. 2002. A qualitative study of evidence in primary care: what the practitioners are saying. *CMAJ* 166(12):1525-30.

Freeman AC, Sweeney K. 2001. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 323:1100-2.

Gandhi IG, Parle JV, Greenfield SM, Gould S. 1997. A qualitative investigation into why patients change their GPs. *Fam Pract* 14:49-57

La diferente percepción que tenemos los profesionales de la salud y los pacientes tanto respecto de las dolencias motivo de consulta, como de lo que representa nuestra respuesta a las mismas es un fenómeno repetidamente constatado tanto en nuestra práctica diaria como en la literatura. Sin embargo, resulta necesario retomar una y otra vez dicha problemática con el objeto de profundizar en los patrones de comportamiento que acompañan a los distintos problemas de salud, a los nuevos planteamientos terapéuticos, y a lo que unos y otros consideramos como “calidad” o como “conveniente” en función de las diferentes poblaciones y contextos.

Volviendo al ejemplo de partida, la proyección hacia “el otro” de las responsabilidades propias en cuanto a los posibles fracasos suele ser una práctica frecuente –aunque no exclusiva del ámbito clínico- como puede ser en este caso el no seguimiento del tratamiento antihipertensivo, la no modificación de determinados hábitos como la dieta, el ejercicio o el tabaco, o el resistirse al cambio de nombres comerciales en fármacos previamente prescritos por el nivel especializado. La etiqueta de “no cumplidores” es en algunos casos el diagnóstico que emitimos como paso previo a la sugerencia de cambio de médico, sin cuestionarnos el grado de adecuación de nuestros criterios y de los “objetivos de buen control” que figuran en las Guías a las características propias de la persona –no sólo hipertensa- que tenemos delante.

La metodología cualitativa resulta especialmente idónea para la investigación de los fundamentos, modos de expresión y posibles vías de acercamiento entre las diferentes perspectivas desde las que profesionales y profanos abordamos los problemas de salud. Los ejemplos son numerosos: los motivos de demanda en la consulta estudiados por Bronfman et al. y Gallagher, la incorporación del ordenador por Als, las vivencias ante patologías crónicas y tumorales por Fox y Lanz, por Fleming et al., y por Gamble, entre otros, o las barreras en la comunicación ligadas a condiciones sociales desfavorables por Gardner y Chapple, son algunos de los temas de especial interés entre los muchos publicados con posterioridad a dichos ejemplos².

² Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. 1997b. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública Mex* 39:546-53
Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. 1997a. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 39:442-50
Gallagher M, Pearson P, Drinkwater C, Guy J. 2001. Managing patient demand: a qualitative study of appointment making in general practice. *Br J Gen Pract* 51:280-5
Als AB. 1997. The desk-top computer as a magic box: patterns of behaviour connected with the desk-top computer; GPs' and patients' perceptions. *Fam Pract* 14:17-23
Fox S, Lanz C. 1998. The brain tumor experience and quality of life: a qualitative study. *J Neurosci Nurs* 30(4):245-52
Fleming C, Wasson JH, Albertsen PC, Barry MJ, Wennberg JE. 1993. A Decision Analysis of Alternative Treatment Strategies for Clinically Localized Prostate Cancer. *JAMA* 269:2650-8
Gamble K. 1998. Communication and information: the experience of radiotherapy patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 7(3):153-61
Gardner K, Chapple A. 1999. Barriers to referral in patients with angina: qualitative study. *BMJ* 319:418-21

c) Cultura organizacional y gestión del cambio

El frecuente rechazo a las iniciativas en políticas y programas sanitarios que proceden de los niveles de gestión requieren generalmente ser analizados sin perder de vista las variables temporales y contextuales en las que la iniciativa en cuestión de produce. Resulta difícil, por ejemplo, aceptar la pertinencia de una determinada propuesta en una situación organizativa en la que predomina la incoherencia y el “escaparate”, o en la que los líderes o representantes de la misma son considerados como algo ajeno por parte de los agentes encargados de ponerla en práctica.

Organizaciones en las que, también a modo de ejemplo, predomina la máxima de que nada se mueva para evitar que surjan nuevos problemas, tienden a generar complicidades perversas en las que de nuevo el que más pierde es generalmente el que tiene menos poder y menos recursos. En esas situaciones podemos encontrarnos con que la búsqueda de compensaciones extra-laborales de distinto tipo, o el afianzamiento en el cargo en su caso, acaban convirtiéndose en objetivos implícitos prioritarios de los diferentes agentes, lo cual repercute negativamente en la efectividad y eficiencia de la organización, y ya más en concreto, en el posible arrinconamiento de iniciativas en principio válidas como podía ser el caso de la Guía en cuestión.

El estudio de las dinámicas, motivaciones y culturas presentes en las organizaciones sanitarias requiere especialmente de instrumentos de investigación que se adecúen a su complejidad y dinamismo, y en este sentido las metodologías cualitativas nos pueden servir de gran ayuda. Las dificultades de modificar la práctica médica y su vinculación al contexto organizativo fueron estudiadas ya hace años entre otros por Fairhurst y Huby a propósito del tratamiento de la hipercolesterolemia en atención primaria, y por Ferlie et al. acerca de la utilización de heparinas de bajo peso molecular en cirugía traumatológica³.

3.2. La investigación cualitativa como modelo complementario de apoyo o mejora

Siguiendo el mismo esquema de Popay y Williams (50), y una vez señalados algunos de los posibles ejes o líneas de aplicación de la IC como modelo propio o diferenciado en Atención Primaria, comentaremos también brevemente aquellas circunstancias en las que los métodos cualitativos pueden intervenir complementando el estudio de fenómenos que a su vez han sido o está previsto que sean investigados mediante métodos cuantitativos o estadístico-epidemiológicos.

³ Fairhurst K, Huby G. 1998. From trial data to practical knowledge: qualitative study of how general practitioners have accessed and used evidence about statin drugs in their management of hypercholesterolaemia. *BMJ* 317:1130-4.

Ferlie E, Wood M, Fitzgerald L. 1999. Some limits to evidence-based medicine: a case study from elective orthopaedics. *Quality in Health Care* 8:99-107

a) Entender por qué determinadas intervenciones funcionan o no funcionan.

En la medida en que nos alejamos de la artificiosidad del experimento en el laboratorio y nos acercamos al contexto real de las poblaciones con las que trabajamos, las variables intervinientes en el éxito o fracaso de nuestras prácticas se multiplican y entrecruzan impregnándose de la complejidad de lo humano. En muchas ocasiones ello provoca la aparición de hallazgos inesperados o contradictorios conforme a lo previsto a la luz de los resultados de los estudios epidemiológicos previos, sin que necesariamente signifique que la intervención en sí sea errónea, sino que quizás no se ha acompañado de las necesarias investigaciones complementarias sobre el terreno dirigidas a interpretar mejor dicha complejidad.

No es casualidad en este sentido que desde hace ya bastantes años los estudios de mercado (de productos, de medios de comunicación, de mensajes políticos, etc.) sean campos en los que los métodos cualitativos constituyen una herramienta imprescindible.

En el caso de nuestro ejemplo, comentábamos cómo la mejor de las Guías puede no llegar a implementarse por factores ajenos a su contenido que sus promotores desconocían, pero también es posible que una vez implementada, no obtengamos los resultados previstos, necesitándose del concurso de investigaciones cualitativas complementarias. Es el caso por ejemplo, de los estudios llevados a cabo por Jaye y Tilyard sobre la variabilidad en las pautas de prescripción de los médicos de familia, del realizado por Rousseau et al. a propósito de la implantación de sendas guías de angina y asma en formato electrónico, o de las consideraciones de Clark a propósito de la disparidad de resultados en la evaluación de la asistencia domiciliaria⁴.

b) Identificar de forma apropiada las variables susceptibles de ser medidas.

Con frecuencia nuestro desconocimiento del fenómeno a investigar es tal que, sin descartar una posterior fase de estudio en extensión, por ejemplo mediante encuesta, necesitamos previamente intentar acercarnos a su conocimiento en profundidad para así poder desvelar aquellos aspectos cuyo desconocimiento hipotecaría la validez del posible cuestionario. Es decir, bien cara a conseguir una identificación apropiada de las variables susceptibles de ser posteriormente medidas, bien por su capacidad de generar hipótesis como paso previo al estudio de su comportamiento poblacional, el potencial

⁴ Jaye Ch, Tilyard M. 2002. A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. *Br J Gen Pract* 52:381-6.
Rousseau N, McColl E, Newton J, Grimshaw J, Eccles M. 2003. Practice based, longitudinal, qualitative interview study of computerised evidence based guidelines in primary care. *BMJ* 326:314-22.
Clark J. 2001. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. *BMJ* 323(7315):708

exploratorio de la investigación cualitativa puede constituir una herramienta de gran ayuda para el desarrollo de investigaciones cuantitativas de calidad en Atención Primaria.

Las preguntas surgidas a propósito de la problemática expuesta en el escenario de partida en relación al por qué y cómo del incumplimiento de las indicaciones previstas en la Guía, podrían ser el punto de partida de una investigación cualitativa, y algunos de sus resultados podrían operacionalizarse posteriormente mediante cuestionarios orientados a medir su distribución y a cuantificar posibles conexiones entre las variables seleccionadas.

Este modelo quizás sea el más frecuente en el ámbito sanitario, y como ejemplos de interés fácilmente accesibles citaremos los trabajos de Benson y Britten sobre el cumplimiento en la toma de medicación antihipertensiva, y el de Palacio et al. acerca de los criterios de calidad esperada por parte de los pacientes⁵.

c) **Mejorar la precisión y la relevancia de lo cuantitativo.**

Aún tratándose de un terreno comparativamente menos explorado, la metodología cualitativa nos puede servir de gran ayuda para la identificación y mejora de aspectos eventualmente deficitarios en determinadas experiencias de investigación cuantitativas.

Al hacer especial hincapié en la importancia de interpretar el sentido, los valores y las motivaciones inevitablemente presentes también en el quehacer investigador, nuestro objeto de investigación podrá situarse en el campo de los investigadores como en el estudio de Calderón et al., en el de los investigados como es el caso de Dale et al., o en el proceso de interacción entre ambos en el ejemplo de Campbell et al.

Además de servirnos para la detección de imprecisiones o defectos de tipo técnico o metodológico, los resultados de dichas investigaciones contribuyen en general a poner sobre la mesa la naturaleza “no neutra” de la labor investigadora y la necesidad de incorporar en dicha labor requisitos de carácter ético, en general hoy por hoy insuficientemente valorados⁶.

⁵ Benson J, Britten N. 2002. Patients' decisions about whether or not take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ* 325:873-6

Benson J, Britten N. 2003. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ* 326:1314-5.

Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M. 2003. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria* 31(5):307-14

⁶ Calderón C, Rotaeche R, Martínez P, Alonso MT, Manrique E, Sampietro S. 2002. ¿Cómo investigamos? Evaluación cualitativa de un estudio sobre calidad del control de los pacientes diabéticos. *Aten Primaria* 30.Suplemento I.XXII Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. Dale W, Campbell T, Ignacio L, Song P, Kopnick M, Mamo C, Ray P, Vijayakumar S. 1999. Self-assessed health-related quality of life in men being treated for prostate cancer with radiotherapy: Instrument validation and its relation to patient-assessed bother of symptoms. *Urology* 53:359-66. Campbell R, Quilty B, Dieppe P. 2003. Discrepancies between patients' assessments of outcome: qualitative study nested within a randomised controlled trial. *BMJ* 326:252-3.

4. Aplicabilidad de la Investigación Cualitativa en Atención Primaria

4.1. Perspectivas de futuro y ámbitos de aplicación

En los últimos veinte años estamos asistiendo a una clara tendencia al incremento de la IC en Atención Primaria tanto dentro como fuera de nuestro país, de tal modo que, pocos ámbitos de actividad dentro de la Atención Primaria quedarían en principio excluidos de la posibilidad de ser investigados desde una perspectiva cualitativa(51). Dicho aumento en la producción no está exento, sin embargo, de dificultades y de retos, particularmente en nuestro contexto sanitario (52).

Ciertamente, la práctica de la IC es un proceso que requiere de preparación y tiempo y en el que el peso del componente individual es comparativamente mayor que en los estudios cuantitativos donde los diferentes pasos de la investigación se presentan más compartimentados y son por tanto más fácilmente delegables.

Pero a su vez, no es menos cierto que la IC ofrece al profesional de Atención Primaria la posibilidad no sólo de descubrir componentes desconocidos en el campo de la asistencia sanitaria, sino también nuevas vías de desarrollo personal tanto en aptitudes investigadoras como en actitudes hacia “los otros”.

A lo largo de la Unidad, y en particular en el apartado anterior, se ha venido haciendo referencia a ejemplos concretos de puesta en práctica de la IC en Atención Primaria. La marcadamente mayor producción en el área anglosajona hace inevitable que un buen número de ellos procedan de dichos países, pero ello no quiere decir que en nuestro caso no contemos con un acervo creciente del que poder aprender. Además de lo publicado en revistas tanto de medicina como de enfermería y ciencias sociales, resulta posible acceder a compilaciones de gran interés como es el caso de la serie *Documentos Técnicos* publicados en la segunda mitad de los noventa por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y recientemente editado en formato CD(53), el monográfico sobre IC de la *Revista Española de Salud Pública*(54), la ya mencionada *Antología Iberoamericana de Investigación Cualitativa en Salud*(55), o los Libros de Ponencias de los *Congresos Iberoamericanos de Investigación Cualitativa en Salud* celebrados en Guadalajara (2003), Madrid (2005), San Juan de Puerto Rico (2008),

Silvestre C, Gost J, Astier P, Ezpeleta P. 2002. Análisis cualitativo de la percepción que tienen las personas que participan en un ensayo clínico. Navarra. *Rev Esp Salud Pública* 76(5):605-12

Fortaleza (2010), Lisboa (2012), Medellín (2014) y Barcelona en Septiembre de este año, entre otros.

De ahí que al señalar a continuación posibles ámbitos de aplicación de la IC en Atención Primaria se haya optado por mostrar ejemplos publicados en nuestro país, con el objeto además de hacerlos fácilmente accesibles para su lectura y discusión. Su distribución se ha ordenado según los tres campos señalados al inicio (población, profesionales, organización) aún a sabiendas de lo borroso de sus límites y sin que con ello se excluyan otros diferentes como es el caso de la docencia o las experiencias comunitarias.

En la medida en que la finalidad principal es la de mostrar la factibilidad de la IC en Atención Primaria y sugerir a su vez posibles pistas de trabajos futuros, los temas de investigación y los autores se sitúan principalmente en dicho ámbito. También se ha intentado tener en cuenta el perfil de los destinatarios mayoritarios del presente Curso, por lo que resultan más numerosos los ejemplos vinculados a la medicina de familia. No obstante, se han incluido asimismo algunos estudios orientados a la enfermería y a la salud pública, conscientes por un lado de las posibilidades que la IC ofrece en dichas áreas, y por otro de la importancia de la convergencia y la colaboración interdisciplinaria también en el caso de la enseñanza y aprendizaje de la IC.

Aunque se ha pretendido ser inclusivo, creemos importante insistir en que se trata sólo de ejemplos, necesariamente limitados por razones de espacio. Por dicha razón nos hemos limitado a publicaciones de los últimos diez años aún sabedores de que han podido quedar fuera trabajos de mejor factura que los que se muestran, además de aquellos publicados en inglés. Pedimos disculpas por ello, pero pensamos que la heterogeneidad, también en cuanto a calidad, es una de las características predominantes de lo actualmente publicado y como tal debía quedar reflejada. Volveremos a tratar más extensamente el tema de la calidad de la IC en la **Unidad VIII**.

4.1.1. Pacientes y poblaciones: creencias, vivencias, percepciones, expectativas.

Alvarez NC, Pastor MG, Linares AM, Serrano MJ, Rodriguez OL. Motivaciones para el embarazo adolescente. Gac Sanit 2012 Nov;26(6):497-503.

Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui JR, Arroyo C, Estremera V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? An Sist Sanit Navar 2006;29(1):47-58.

Blanco-Sanchez R. Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. Enferm Clin 2010 Nov;20(6):327-34.

Briones-Vozmediano E, Ronda-Perez E, Vives-Cases C. Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. Aten Primaria 2015 Apr;47(4):205-12.

Calderón C, Retolaza A, Payo J, Bacigalupe A, Zallo E, Mosquera I. Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. Aten Primaria 2012 Oct;44(10):595-602.

- Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanit* 2007;21(3):235-41.
- Conde Gutierrez Del AF, Santoro DP. Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: Resultados de un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Publica* 2012 Mar;86(2):139-52.
- Escamilla JA, Castaner NO, Benito LS, Ruiz GE, Burrull GM, Saenz MN. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedificados, un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2008 Feb;40(2):81-5.
- Escudero MJ, Prieto MA, Fernández I, March JC. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo I. Un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2006;38(1):8-18.
- Escudero MJ, Garcia N, Prieto MA, Perez O, March JC, Lopez M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatol Clin* 2010 Jan;6(1):16-22
- Fernández de Sanmamed MJ, Ballester M, Ariza F, Casajuana J, grupo investigador DECIDIU-PSA. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata. Estudio mediante entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81:289-305.
- Martínez C, Hernández-Aguado I, Torres AM. Percepción de la violencia escolar por parte de las personas responsables de la dirección de los centros de enseñanza de Alicante. Un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80(4):387-394.
- Maroto G, Castaño E, García MM, Hidalgo N, Mateo I. Paternidad y servicios de salud: Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83(2):267-78.
- Morillo A, Aldana JM, Moreno J, Sillero R, Nieto P. Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Aten Primaria* 2007; 39(6):313-318.
- Muñoz CF, Burgos Varo ML, Carrasco RA, Martín Carretero ML, Río RJ, Ortega F, I, et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria* 2009 Sep;41(9):493-500.
- Perez-Milena A, Martínez-Fernández MA, Redondo-Olmedilla M, Nieto CA, Pulido IJ, Gallardo IM. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gac Sanit* 2012 Jan;26(1):51-7.
- Prieto-Rodríguez MA, Danet Danet A, Escudero-Carretero MJ, Ruiz Azarola A, Pérez Corral O, García Toyos N. Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía. *Gac Sanit* 2012;26(5):450-6.
- Ramos M, Taltavull M, Pineiro P, Nieto R, Llagostera M. Actitudes de las personas usuarias de atención primaria ante el cribado del cáncer colorrectal. *Gac Sanit* 2013 Nov;27(6):516-20.
- Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, Del-Pino-Casado R. Expectativas y experiencias de uso de las mujeres gitanas mayores ante los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 2015 Apr;47(4):213-9.
- Ruiz R, Rodríguez J, Pérula L, Fernández I, Martínez J, Fernández MJ et al. Problemas y soluciones en la atención sanitaria de enfermedades crónicas. Un estudio cualitativo con pacientes y médicos. *Aten Primaria* 2006; 38(9):483-489.
- Saura SS, Fernández de Sanmamed Santos MA, Vicens VL, Puigvert VN, Mascort NC, García MJ. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria* 2010 Mar;42(3):143-8.

4.1.2. Profesionales: qué prevén, qué hacen, qué esperan, cómo se forman.

Abad E, García A, Martínez S, Sánchez R, Molina A. Exploración del fenómeno de la planificación anticipada de decisiones al final de la vida. Visión de los profesionales que cuidan a personas mayores. *Enferm Clin* 2006;16(3):127-36.

Alameda A, Pazos A. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83(6):863-75.

Baez-Montiel BB, Gutierrez-Islas E, Bolanos-Maldonado M, Samarin E, Turabian JL. Las odiseas de los Ulises. Estudio de los relatos de un día normal de trabajo del médico de familia en Paraguay, México, Perú y España. *Aten Primaria* 2014 Feb;46(2):68-76.

Calderón C, Retolaza A, Bacigalupe A, Payo J, Grandes G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria* 2009;41(1):33-40.

Dawidowski AR, Toselli L, Luna DR, Oberti PF, Soto MA, González F. Modificaciones en las perspectivas de los médicos sobre el registro médico electrónico: investigación cualitativa longitudinal. *Gac Sanit* 2007;21(5):384-9.

Fernandez R, Menendez M, Fernandez MJ, Perez M, Novo MA, Alvarez JA. Encuentros difíciles en atención primaria: una perspectiva multifocal. *SEMERGEN* 2015 Jul;41(5):247-53.

Fernandez SA, Sanchez-Carracedo D, Navarro-Rubio MD, Pinto-Meza A, Moreno-Kustner B. Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio. *Aten Primaria* 2010 Nov;42(11):552-8.

Jimenez-De GL, Ruiz-Moral R, Gavilan-Moral E, Hueso-Montoro C, Cano-Caballero GD, Alba-Dios MA. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria* 2012 Jul;44(7):379-84.

Loayssa JR, González F, Ruiz R. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Aten Primaria* 2007;39(6):291-7.

Mahtani-Chugani V, Lopez-Hijazo A, Manca D, Sanz-Alvarez E. Comparando las perspectivas de los médicos de atención primaria de Canarias y Alberta. ¿Es más bonito el jardín del vecino que el mío? *Aten Primaria* 2012 May;44(5):265-71.

Ramos A, Domínguez J, Cuenca R, De Lucas F, Ayala S, Méndez-Bonito E. Aspectos organizativos de los ensayos clínicos en atención primaria. *Aten Primaria* 2006;38(7):375-80.

Sánchez López MC, Madrigal de TM, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF, Aguinaga OE. ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales. *Aten Primaria* 2010;42(10):507-513.

Sandin-Vazquez M, Conde-Espejo P. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Rev Calid Asist* 2010 Jan;25(1):21-7.

Vivar CG, Orecilla-Velilla E, Gomara-Arraiza L. "Es más difícil": experiencias de las enfermeras sobre el cuidado del paciente con recidiva de cáncer. *Enferm Clin* 2009 Nov;19(6):314-21.

4.1.3. Organización y gestión: calidad, evaluación, propuestas de mejora

Aldasoro E, Mahtani V, Sáenz de Ormijana A, Fernández E, González I, Martín R, et al. Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio cualitativo desde la perspectiva de los profesionales, pacientes y personas cuidadoras. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba). Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA nº 2006/04; 2012.

Clèries X, Sarrado JJ, López P. La atención primaria y el poder resolutivo del sistema de salud: un estudio desde los profesionales. *Aten Primaria* 2007; 39(8):411-416.

García R, I, Danet DA, March Cerda JC. El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. *Rev Calid Asist* 2010 Jul;25(4):200-6.

Gonzalez-Zapata LI, Alvarez-Dardet DC, Clemente V, Carmen DM, Ortiz-Moncada R. Criterios de valoración de políticas públicas para la obesidad en España según sus actores principales. *Gac Sanit* 2008 Jul;22(4):309-20.

Guerra de Hoyos JA, A de Anca I. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Aten Primaria* 2007;39(7):349-54.

Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación de niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009;23(4):280-6.

Llosada GJ, Vallverdu D, I, Miro OM, Pijem SC, Guarga RA. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria* 2012 Feb;44(2):82-8.

Lopez TE, Forcada VC, Miller F, Pasarin Rúa MI, Foz GG. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria* 2010 Apr;42(4):218-25.

Martín MY, Sierra JM, Jiménez JM, Escudero C. Expectativas y necesidades detectadas en profesionales de organizaciones provinciales que trabajan en acción intersectorial de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:43-52.

Nuño-Solinis R, Elorriaga KP, Pereira CR, Martínez AG, Gabilondo MA. La multimorbilidad vista desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria. *Aten Primaria* 2014 Jun;46 Suppl 3:3-9.

Redondo S, Bolaños E, Almaraz A, Maderuelo JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria* 2005;36(7):358-66.

Pujol RE, Gene BJ, Sans CM, Sampietro-Colom L, Pasarin Rúa MI, Iglesias-Perez B, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit* 2006 May;20(3):209-19.

Vargas L, I, Vazquez Navarrete ML, Terraza NR, Agusti E, Brosa F, Casas C. Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. *Gac Sanit* 2008 May;22(3):218-26.

4.2. Información, recursos y redes

Anteriormente hemos hecho mención al cada vez mayor número de publicaciones de Investigación Cualitativa en las revistas médicas y de enfermería. En el caso de las primeras, las publicaciones dirigidas a la Atención Primaria, junto con las de orientación más sociológica son quizás las más representativas, aunque no las únicas. Es el caso, entre otras, de *Atención Primaria*, *Semergen*, *Family Practice*, *Journal of Family Practice*, *British Journal of General Practice*, *Social Science and Medicine*, etc. Más allá de la Atención Primaria, en nuestro país, *Gaceta Sanitaria*, *Medicina Clínica* o la *Revista Española de Salud Pública* (con especial mención al monográfico nº5, Vol 76 de 2002), han publicado ocasionalmente trabajos cualitativos, como ocurre con revistas anglosajonas como *JAMA*, *Lancet*, y especialmente el *British Medical Journal* que cuenta con colecciones de los artículos cualitativos publicados accesibles a través de Internet.

En el caso de la enfermería la presencia de trabajos cualitativos en publicaciones como *Research in Nursing and Health* o *Journal of Advanced Nursing*, es sin duda notoria, debiendo subrayarse en nuestro país la revista *Index de Enfermería* por su tradición y esfuerzos por promover la investigación cualitativa en dicho campo, además de otras como *Enfermería Clínica*, *ROL*, *Enfermería Científica*, etc.

Pero probablemente uno de los referente más importantes en cuanto al terreno específico de la investigación cualitativa en salud sea la revista *Qualitative Health Research* editada desde 1991 por Janice M. Morse inicialmente en el International Institute for Qualitative Methodology (IIQM) de la Universidad de Alberta en Canadá, y actualmente en la Universidad de Utah-USA.

Resulta obvio señalar el importante impulso que ha supuesto Internet en cuanto a las posibilidades de conectar directamente con revistas, instituciones, o nuevas páginas web vinculadas a la IC, y en el desarrollo de numerosas publicaciones en formato exclusivamente electrónico (*International Journal of Qualitative Methods*, *FQS-Forum: Qualitative Social Research*, *The Qualitative Report*, etc., etc.),

En nuestro país, la página web de la Red de Investigación Cualitativa en Salud (RedICS) www.isciii.es/investen, cuya puesta en marcha como proyecto pluridisciplinario se inició a finales de 2001 por Investén-Instituto de Salud Carlos III, ha sido una útil vía de acceso a la información sobre recursos, eventos, actividades formativas y profesionales de diferentes disciplinas relacionados con la ICS a nivel nacional e internacional, si bien se advierte su desatención en los últimos años.

CONCEPTOS ERRÓNEOS MÁS FRECUENTES

Investigar equivale a cuantificar

La frecuente identificación de la ciencia con lo cuantificable puede llevar a erróneos cuestionamientos de la perspectiva cualitativa como metodología de investigación. A lo largo de la Unidad se ha subrayado la naturaleza dinámica y necesariamente abierta de la ciencia en general, y las ciencias de la salud en particular. En ese sentido, la Investigación Cualitativa representa una apuesta por una pluralidad metodológica acorde con la complejidad de los fenómenos que necesitamos conocer y mejorar en el ámbito concreto de la Atención Primaria.

La Investigación Cualitativa consiste en un conjunto de técnicas diferentes a las estadístico-epidemiológicas

También con frecuencia tendemos a equivocarnos al identificar metodología con métodos y con técnicas de investigación. Probablemente por ello se han venido considerando como “cualitativos” los denominados métodos de consenso al servirse de técnicas “no-epidemiológicas” como el Grupo Delphi o el Grupo Nominal, aún a pesar de no participar de las características propias de aquéllos. Pero incluso la utilización de técnicas como los grupos focales o la entrevista individual, se identifica erróneamente en ocasiones con el concepto de metodología cualitativa.

Una investigación es cualitativa cuando analiza aspectos subjetivos o cuando utiliza entrevistas personales

Determinadas dimensiones subjetivas pueden ser –y son- abordadas mediante cuestionarios y los datos posteriormente reducidos y analizados estadísticamente. A partir de lo tratado en la Unidad resulta obvio que en estos casos se trata de una perspectiva cuantitativa de abordaje de la subjetividad y no de una metodología cualitativa.

Cuando la “n” es pequeña es mejor la investigación cualitativa

En ningún caso el tamaño de la muestra debe determinar la metodología. Son el enfoque teórico y la pregunta de investigación los que nos llevan a optar por la metodología más adecuada, y a partir de ahí decidiremos los diseños, las estrategias de muestreo y los tipos y tamaños de muestra acordes con dicha metodología y con los métodos seleccionados a tal efecto.

SÍNTESIS

- ◆ La Investigación Cualitativa representa una metodología diferenciada del enfoque cuantitativo habitual y un cuestionamiento de la frecuente identificación entre cuantificación y ciencia.
- ◆ Como tal metodología comprende una pluralidad de métodos y técnicas, y su utilización ha de responder al tipo de pregunta de investigación y a la perspectiva teórica del investigador.
- ◆ La Investigación Cualitativa se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden.
- ◆ En la IC el investigador ha de intentar situarse en la perspectiva del otro, para así poder ir comprendiendo las coordenadas desde las que actúa y elabora su propio discurso.
- ◆ En la IC se ha de intentar el máximo acercamiento al contexto donde se sitúa el objeto de estudio, contemplándolo en sus diferentes dimensiones.
- ◆ En la perspectiva cualitativa el investigador no pone su subjetividad entre paréntesis, sino que por el contrario la integra de manera controlada en la investigación.
- ◆ Desde la Investigación Cualitativa se subraya que la vida social, incluido el acontecer relacionado con la salud y la enfermedad, tiene un carácter dinámico y por ello es importante acercarnos a su conocimiento desde un enfoque procesual.
- ◆ La Investigación Cualitativa puede desarrollarse como modelo propio o de modo complementario a investigaciones cuantitativas previas o posteriores.
- ◆ Las posibilidades de aplicación de la Investigación Cualitativa en AP son múltiples y la tendencia en su utilización creciente tanto fuera como dentro de nuestro país.

DEFINICIONES DE LOS TÉRMINOS MÁS IMPORTANTES

Investigación Cualitativa

Como consecuencia de la pluralidad de enfoques y corrientes existentes en su seno, las definiciones de Investigación Cualitativa en la bibliografía son asimismo diversas. Entendida como perspectiva de conocimiento o enfoque metodológico, la Investigación Cualitativa se caracteriza por estudiar los fenómenos en su contexto, a partir de los significados que las personas les conceden, y centrando la atención en la multidimensionalidad propia de la realidad humana y social. En la Investigación Cualitativa el investigador integra su propio marco interpretativo en la investigación, consciente de la importancia de la interacción con los participantes, y renunciando a imponer hipótesis cerradas de partida. Su adecuación para el conocimiento de los fenómenos humanos en su dinamismo y complejidad hacen de la Investigación Cualitativa un recurso especialmente pertinente en el ámbito de la Atención Primaria.

Pluralidad metodológica

La pluralidad o pluralismo metodológico en investigación representa un cuestionamiento de la tradicional identificación de la ciencia con lo cuantificable y con los cánones que desde una visión positivista de las ciencias naturales se pretendieron generalizar a la totalidad del conocimiento. En la medida en que dicho conocimiento se contextualiza, tanto el investigador como los diferentes niveles de complejidad del objeto a investigar se hacen más patentes, resultando necesaria una adecuación rigurosa de las metodologías a emplear para con las exigencias propias de cada nivel. La Investigación Cualitativa constituye en este sentido un enfoque imprescindible dentro de nuestro quehacer científico como profesionales de la salud.

Complementariedad de las investigaciones cualitativas y cuantitativas

Como consecuencia de anterior, la justificación de Investigación Cualitativa no conlleva la negación de los métodos cuantitativos habituales sino la adecuación de cada metodología al qué y al cómo queremos conocer del fenómeno a investigar. La complementariedad de ambas metodologías se plantea entonces al margen de subordinación alguna, como oportunidad múltiple de mejorar nuestros conocimientos sobre la Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. En: Greenhalgh T, Hurwitz B, editors. Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998. p. 247-65.
2. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. BMJ 2001 Sep 22;323(7314):685-8.
3. Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo. Barcelona: Gedisa; 1995.
4. Greenhalgh T. "Is my practice evidence-based?": Should be answered in qualitative, as well as quantitative terms. BMJ 1996;313:957-8.
5. Calderón C. ¿Se puede integrar la evidencia procedente de la investigación cualitativa y la cuantitativa? FMC Atención Primaria Basada en la Evidencia 2004;11(3):157-8.
6. Petros P. Non-linearity in clinical practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2003;9(2):171-8.
7. André M, Borgquist L, Mölsted S. Use of rules of thumb in the consultation in general practice -an act of balance between the individual and the general perspective. Fam Pract 2003;20(5):514-9.
8. Petticrew M, Roberts H. Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses. J Epidemiol Community Health 2003 Jul;57(7):527-9.
9. Calderón C, Sola I, Rotaeche R, Marzo-Castillejo M, Louro-Gonzalez A, Carrillo R, et al. EBM in primary care: a qualitative multicenter study in Spain. BMC Fam Pract 2011 Aug 9;12(1):84.
10. Garay A, Íñiguez L, Martínez M, Muñoz J, Pallarés S, Vázquez F. Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. Rev Esp Salud Pública 2002;76(5):437-50.
11. Checkland K. Understanding general practice: a conceptual framework developed from case studies in the UK NHS. Br J Gen Pract 2007 Jan;57(534):56-63.
12. Conde F. Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: Procesos de institucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editors. Método y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis, SA; 1999. p. 97-119.
13. Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ. The Nature of Qualitative Evidence. Thousand Oaks: Sage; 2000.
14. Calderón C, Fernández de Sanmamed MJ. Investigación Cualitativa. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J, editores. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier, 2014: 193-216.
15. Peiró S. Limitaciones y autolimitaciones de la medicina basada en la evidencia para la práctica clínica y la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2002;118(Supl 3):49-56.
16. Miles A, Loughlin M, Polychronis A. Evidence-based healthcare, clinical knowledge and the rise of personalised medicine. J Eval Clin Pract 2008 Oct;14(5):621-49.
17. Beltrán M. Cuestiones previas acerca de la ciencia de la realidad social. En: García F, Ibáñez J, Alvira F, editores. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial SA; 1986. p. 17-29.

18. Conde F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la Historia de la Medicina. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(5):395-408.
19. Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Paradigmas y diseños en Investigación Cualitativa en Salud. Una Antología Iberoamericana (I). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara. Universidad Autónoma de Nuevo León. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Asociación Médica de Jalisco. Instituto Jalisciense de Cancerología.; 2002.
20. Grbich C. *Qualitative Research in Health. An Introduction*. London: Sage; 1999.
21. Jaye Ch. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. *Fam Pract* 2002;19:557-62.
22. Íñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999 May 15;23(8):496-502.
23. Spencer L, Ritchie J, Lewis J, Dillon L, National Centre for Social Research. *Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence*. London: Government Chief Social Researcher's Office.Cabinet Office.; 2003.
24. Vallés MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis SA; 1997.
25. Morse JM. *Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa*. San Vicente del Raspeig: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2005.
26. Vasilachis de Gialdino I, Ameigeiras AR, Chernobilsky LB, Giménez V, Mallimaci F, Mendizábal N, et al. *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2006.
27. Minayo MCS. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
28. Savin-Baden M, Howell C. *Qualitative Research. The essential guide to theory and practice*. New York: Routledge; 2013.
29. Seale C, Gobo G, Gubrium JF, Silverman D. *Qualitative Research Practice*. London: Sage; 2004.
30. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
http://www.idiapigol.org/index.php?option=com_content&view=article&id=712%3Aregistre-i-solicitud-document-recerca-qualitativa&catid=57%3Apublicacions-idiap&Itemid=140&lang=ca
31. Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar AM. *Investigación Cualitativa*. Barcelona: Elsevier; 2014.
32. Denzin NK, Lincoln YS. Entering the Field of Qualitative Research. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks,CA: Sage; 1994. p. 1-17.
33. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirrectiva y la discusión en grupo. En: García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial; 1986. p. 153-85.
34. Giacomini MK. The rocky road: qualitative research as evidence. *EBM notebook* 2001;6:4-6.
35. Upshur REG. The Status of Qualitative Research as Evidence. En: Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ, editores. *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001. p. 5-26.
36. Morse JM. How different is qualitative health research from qualitative research? Do we have a subdiscipline? *Qual Health Res* 2010 Nov;20(11):1459-64.

37. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assessment* 2[16]. 1998.
38. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa. Madrid: Editorial Fundamentos; 1998.
39. Calderón C. El papel de la reflexividad en la investigación cualitativa en salud. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* 2011;19(Art. 2). <https://core.ac.uk/download/pdf/13321990.pdf>
40. Miller WL, Crabtree BF. The dance of Interpretation. En: Crabtree BF, Miller WL, editores. *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1999. p. 127-43.
41. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-5.
42. Denman CA, Haro JA. Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En: Denman CA, Haro JA, editores. *Por los rincones*. Sonora (México): El Colegio de Sonora; 2000. p. 9-55.
43. Ortí A. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis SA; 1999. p. 87-95.
44. Fernández de Sanmamed MJ. La complementariedad de metodologías en atención primaria. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* 2011;19. https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2011m7n19/rceap_a2011m7n19a4.pdf
45. Sackett DL, Wennberg JE. Choosing the best research design for each question. *BMJ* 1997;315:1636.
46. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. *Quality in Health Care* 1994;3:107-13.
47. Tariq S, Woodman J. Using mixed methods in health research. *JRSM Short Rep* 2013 Jun;4(6):2042533313479197.
48. Sandelowski M. Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Res Nurs Health* 2000 Jun;23(3):246-55.
49. Teddlie C, Tashakkori A. Mixed Methods Research: Contemporary Issues in an Emerging Field. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 4 ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011. p. 285-99.0207.
50. Popay J, Williams G. Qualitative research and evidence-based health care. *J R Soc Med* 1998;91(Suppl.35):32-7.
51. Pujol E, Monteagudo M, Berenguera A. Investigación cualitativa en atención primaria de salud: Situación actual, aportaciones y algunos retos. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* 2011;19:(Editorial).
52. Calderón C. La Investigación Cualitativa en el ámbito de los Servicios de Salud en España: caminos recorridos y reflexiones desde el presente. *Fórum Sociológico* 2014;II(24):39-45.
53. *Investigación Cualitativa y Salud*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid; 2005.
54. Pérez C. Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(5):373-80.
55. Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Universidad Autónoma de Nuevo León.; 2002.