



# **Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario**

Edición preparada por:  
Jesús Manuel Tejero González

# 171

colección  
**estudios**



# **TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LOS ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIOSANITARIO**



# **TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LOS ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIOSANITARIO**

**Edición preparada por:  
Jesús Manuel Tejero González**



---

Ediciones de la Universidad  
de Castilla-La Mancha

Cuenca, 2021

TÉCNICAS de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario / edición preparada por Jesús Manuel Tejero González.– Cuenca : Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2021

180 p. ; 24 cm.– (Estudios ; 171)

ISBN 978-84-9044-423-8

1. Investigación médica 2. Medicina – Relación médico/paciente 3. Investigación y teoría de la enfermería I. Tejero González, Jesús Manuel, ed. lit. II. Universidad de Castilla-La Mancha, ed. III. Título IV. Serie

614.253.8

614.253.5

MBGR - MBDP - MQCB

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación solo puede ser realizada con la autorización de EDICIONES DE LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos – [www.cedro.org](http://www.cedro.org)), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© de los textos e imágenes: sus autores.

© de la edición: Universidad de Castilla-La Mancha.

Edita: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Colección ESTUDIOS n.º 171

ISSN: 2255-2618 / ISSN-L: 2255-2618

I.S.B.N.: 978-84-9044-423-8 (Edición impresa)

I.S.B.N.: 978-84-9044-424-5 (Edición electrónica)

D.O.I.: [http://doi.org/10.18239/estudios\\_2021.171.00](http://doi.org/10.18239/estudios_2021.171.00)

D.L.: CU 13-2021

Diseño de la colección y de la cubierta:

C.I.D.I. (Universidad de Castilla-La Mancha)



Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

Composición: Compobell, S.L.

Impresión: MG Color



Esta obra se encuentra bajo una licencia internacional Creative Commons BY-NC-ND 4.0.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra no incluida en la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 solo puede ser realizada con la autorización expresa de los titulares, salvo excepción prevista por la ley. Puede usted acceder al texto completo de la licencia en este enlace: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Hecho en España (U.E.) – *Made in Spain (E.U.)*

## ÍNDICE

|                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo 1. Introducción al método científico. Paradigmas empíricos e interpretativos. . . . .                                         | 9   |
| <i>J. Manuel Tejero González</i>                                                                                                       |     |
| Capítulo 2. La investigación-acción como método de evaluación participativa. . . . .                                                   | 35  |
| <i>M. Pilar Delgado Hito</i>                                                                                                           |     |
| Capítulo 3: El método Delphi. . . . .                                                                                                  | 55  |
| <i>Mercedes Guilabert Mora</i>                                                                                                         |     |
| Capítulo 4. Entrevistas estructuradas, semi-estructuradas y libres. Análisis de contenido. . . . .                                     | 65  |
| <i>Raquel Lázaro Gutiérrez</i>                                                                                                         |     |
| Capítulo 5. Observación participante. Historias de vida y entrevista en profundidad . . . . .                                          | 85  |
| <i>Rosa Castro Ramos</i>                                                                                                               |     |
| Capítulo 6. Grupos de discusión y grupos focales . . . . .                                                                             | 103 |
| <i>M<sup>a</sup> Virtudes Pérez Jover</i>                                                                                              |     |
| Capítulo 7. Encuestas de opinión . . . . .                                                                                             | 113 |
| <i>Isabel María Navarro Soler</i>                                                                                                      |     |
| Capítulo 8. Calidad percibida y satisfacción: Cómo conocer y medir la experiencia del paciente en una organización sanitaria . . . . . | 145 |
| <i>Encarnación Año Consuegra</i>                                                                                                       |     |
| Capítulo 9. Identificación de evidencia científica y sus repercusiones en la práctica profesional. . . . .                             | 165 |
| <i>Francisco Alberto García-Sánchez</i>                                                                                                |     |



# **CAPÍTULO 1**

## **INTRODUCCIÓN AL MÉTODO CIENTÍFICO. PARADIGMAS EMPÍRICOS E INTERPRETATIVOS**

**J. MANUEL TEJERO GONZÁLEZ**  
Universidad de Castilla-La Mancha

### **1. LA INVESTIGACIÓN Y EL MÉTODO CIENTÍFICO**

Cuando un profesional sanitario, o socio-sanitario (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.) realiza una intervención con algún paciente, usuario o cliente, su práctica se basa en los conocimientos adquiridos, en la “cultura compartida” con otros profesionales, en la institución en la que trabaja (por ejemplo, protocolos, o guías clínicas) y en su propia experiencia profesional, es decir, en sus destrezas o habilidades adquiridas y continuamente actualizadas mediante el desempeño. Pero no todos los conocimientos adquiridos por los profesionales, y en concreto por los profesionales del ámbito de la salud y de los servicios sociales, a lo largo de su formación y de su experiencia profesional, pueden calificarse como “científicos”. Esto no significa que la experiencia práctica o los conocimientos transmitidos por los colegas, o por los pacientes y sus familias con las que entramos en contacto, tengan menos valor. Existen otros tipos de conocimiento, que no son científicos, pero que son imprescindibles para cualquier desempeño profesional. Pero sí es necesario diferenciar cuándo estamos hablando de conocimientos “no científicos” (basados en experiencias, valores, creencias, tradiciones...), y cuándo hablamos de “conocimiento científico” (Bunge, 2014).

Los conocimientos científicos se adquieren aplicando el método científico. Kerlinger (1982) define la investigación científica como “*una investigación sistemática, controlada, empírica y crítica, de proposiciones hipotéticas sobre las supuestas relaciones que existen entre fenómenos naturales*”, y los conocimientos científicos (1986, p. 10) como “*un conjunto de constructos y proposiciones relacionadas que especifican relaciones entre variables para explicar y predecir fenómenos*”.

Por su parte, Bayes (1978) define las características que, a su juicio, tienen los conocimientos científicos:

- *No son exactos ni infalibles.* Los conocimientos científicos siempre tienen una cierta probabilidad de ser erróneos.
- *Son fragmentarios.* Cubren parcelas concretas de la realidad, pero no pueden abarcarla toda.
- *Su rumbo es imprevisible.* Nuevas investigaciones pueden hacer variar teorías que antes se consideraban ciertas.
- *Plantean problemas de complejidad creciente.* Profundizar en una teoría abre nuevos campos que exigen cada vez mayor número de investigaciones.
- *Las pruebas empíricas deben ser verificables.* Cualquier experimento que apoye una teoría debe planificarse de forma que otros investigadores puedan repetirlo para comprobar si se obtienen los mismos resultados.
- *Son autocorrectivos.* Si se obtienen pruebas empíricas que apoyan una hipótesis contradictoria con otra que se consideraba cierta, debe modificarse esa otra hipótesis.
- *Son acumulativos.* Cada nuevo descubrimiento viene a enriquecer el conocimiento anterior.
- *Son positivos.* Aunque la nueva investigación venga a refutar teorías anteriores, esta refutación enriquece el conocimiento científico en general, permitiendo aproximaciones más certeras a la realidad.
- *Buscan semejanzas, no diferencias.* La naturaleza es “ordenada”. Si se descubren fenómenos discordantes con otros conocidos, deben buscarse otros cuyo parecido permitan clasificar correctamente los eventos anteriores.
- *El valor de los datos es independiente del propósito de la investigación.* Muchas veces la ciencia avanza a partir de los supuestos “fracasos” de investigaciones anteriores, integrando los datos en una nueva teoría.
- *Permiten conocer factores que antes pasaban desapercibidos.*
- *No monopolizan el saber.* Los conocimientos científicos son compatibles y de hecho conviven con otros conocimientos (filosóficos, literarios, artísticos...).
- *No tienen connotaciones teleológicas o finalistas.* Relacionan fenómenos entre sí, pero no investigan “causas finales” ni la “esencia” de esos fenómenos.

- *No apelan a argumentos de autoridad.*
- *A veces contradicen el sentido común.*
- *Son independientes de la ideología del investigador.*
- *Los conocimientos científicos permiten actuar con eficacia en la realidad.*
- *Permiten fijar objetivos y verificar el grado de consecución de dichos objetivos.*
- *Sus consecuencias son siempre ambiguas.* El investigador no puede saber cómo serán utilizados sus hallazgos.

Para que la adquisición de nuevos conocimientos pueda calificarse de “científica”, deben cumplirse ciertos requisitos: *sistematización* (planificación para la observación objetiva del fenómeno), *control* (actuación sobre las circunstancias que lo acompañan) y *medida* (cuantificación y análisis de los datos obtenidos). García y Alvarado (2000, p. 22) definen así el método científico:

*“El conjunto de operaciones ordenadas, mediante las cuáles se pretende obtener unas observaciones sistemáticas y controladas, para ser posteriormente cuantificadas y medidas, que nos permitan lograr un conocimiento objetivo de la realidad en que existimos”.*

En esta definición observamos que las actividades que forman parte de una investigación científica han de estar *ordenadas*. Ese orden ha de seguir unas etapas sucesivas y predeterminadas, que podemos definir así:

1º. *Planteamiento del problema.* Es decir, una pregunta para la que la ciencia aún no tiene respuesta, o no estamos satisfechos con las respuestas que nos ofrece.

2º. *Formulación de la hipótesis.* De todas las respuestas posibles, hemos de elegir una que sea coherente con los estudios anteriores y con las observaciones de la realidad, que sea provisional, y que esté formulada de tal forma que pueda ser comprobada, contrastada empíricamente, es decir, confirmada o refutada. Algunas veces no será posible formular la hipótesis de forma tan precisa (ver más adelante los métodos cualitativo y cuantitativo) que pueda contrastarse empíricamente, p. ej., en los llamados “estudios exploratorios”.

3º. *Observación.* A continuación, debemos acumular las observaciones necesarias para comprobar si se cumple o no la hipótesis formulada; estas observaciones deben ser sistemáticas y controladas, y si es posible cuantificadas de forma que se puedan medir.

4º. *Recogida y análisis de datos.* Para poder comprobar si la hipótesis es compatible o no con la realidad observada, debemos analizar los datos obtenidos de dicha observación; para que las hipótesis puedan ser contrastadas, esos datos deben ser cuantitativos (en el siguiente epígrafe expondremos las diferencias entre los métodos cualitativo y cuantitativo).

5°. *Confrontación de los datos con la hipótesis.* Si bien alguna escuela de filosofía de la ciencia (el positivismo lógico<sup>1</sup>) sostiene que las hipótesis científicas pueden tomarse como verdaderas cuando han sido sobradamente contrastadas, las hipótesis científicas siempre son provisionales, hasta que una nueva teoría venga a superar y sustituir la teoría actualmente vigente. Así, cuando los datos sean compatibles con la teoría, esta se mantendrá; cuando no lo sean, se rechazará.

6°. *Conclusiones y generalización de los resultados.* El investigador, cuando se confirma la hipótesis, habrá de deducir las conclusiones pertinentes, y proponer nuevas investigaciones para ampliar los conocimientos obtenidos a un ámbito cada vez mayor.

7°. *Nuevas predicciones.* También, en su caso, puede hacer recomendaciones para ser aplicadas en la práctica (en nuestro caso, práctica sanitaria o social), pero siempre con las debidas precauciones; no se puede “generalizar” sin que se haya acumulado la suficiente “evidencia empírica”. Igualmente, si los resultados no son compatibles con la teoría de la que se ha extraído la hipótesis, habrá que proponer nuevas líneas de investigación para someter esa teoría a un análisis más profundo y exhaustivo.

8°. *Elaboración del informe científico.* No tiene sentido investigar sin dar a conocer a la “comunidad científica” el resultado de la investigación. No sólo es una cuestión de eficiencia (invertir tiempo de trabajo, esfuerzos, y también dinero, de forma útil para la ciudadanía que financia los costes), sino también ética: tenemos la obligación de divulgar los resultados de nuestros estudios, de forma que puedan aplicarse en la práctica, y así se puedan beneficiar otros profesionales y otros pacientes y sus familias.

Con los avances tecnológicos de las tecnologías de la información y la comunicación (T.I.C.), y el surgimiento, en las últimas décadas, de la “Medicina Basada en la Evidencia” (Sackett et al., 1997; Bonfill et al., 1997), la metodología de las “revisiones sistemáticas” y los “meta-análisis” ha puesto al alcance de los profesionales la mejor y más reciente evidencia científica sobre los más diversos temas (Thacker, 1993). Éticamente, los profesionales debemos ofrecer a los pacientes o usuarios y a sus familias las prácticas que se han mostrado más eficaces y eficientes, por lo que debemos mantenernos al día sobre el estado de la ciencia de las cuestiones que afectan a su salud, a su calidad de vida y a su autonomía (Mira et al., 2010).

---

1 En esta publicación no vamos a profundizar más en las diferentes tendencias o concepciones epistemológicas actuales en filosofía de la ciencia. Sobre la diatriba entre positivistas e interpretativistas, véase Paredes, G. (2009) Críticas epistemológicas y metodológicas a la concepción positivista en las ciencias sociales. Ensayo y Error. Nueva Etapa. Año XVIII. N° 36. Caracas, 2009, pp. 143-169.

Por último, el acceso a todo tipo de conocimiento, a través de Internet, hoy en día está disponible para cualquier persona. Debemos estar preparados para responder a cualquier inquietud que nos trasladen los padres, y ayudarles a discriminar entre la información “de calidad”, basada en criterios científicos, de lo que es “simple propaganda”. La llamada “educación 3.0” es un ejemplo de construcción de conocimientos de forma colectiva gracias a Internet, proceso en el que los profesionales no podemos quedarnos al margen.

## **2. PARADIGMAS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO. SU APLICACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

Los fenómenos sociales tienen tal grado de complejidad que no es fácil delimitar cuál es el método que se está utilizando en un estudio determinado, sino que suelen combinarse diferentes metodologías. Por ejemplo, se puede realizar una encuesta dirigida a un grupo de pacientes, un grupo de discusión con los profesionales y a la vez extraer datos clínicos de las historias clínicas de determinado colectivo de pacientes; esta es una característica común a las ciencias sociales y biomédicas. Tradicionalmente, han existido dos enfoques o paradigmas teóricos enfrentados en las llamadas “ciencias sociales”: el enfoque “fenomenológico”, cuyos principales representantes fueron Max Weber y Alfred Schütz, y el enfoque neo-positivista, propuesto por el llamado “Círculo de Viena” (Paredes, 2009). No se trata de una cuestión puramente teórica, o académica, sino que afecta a la práctica cotidiana de todos los profesionales de las llamadas “ciencias sociales”, y específicamente a los profesionales del ámbito de la sanidad y los servicios sociales (Bisquerra, 2004). El debate se plantea en torno a la naturaleza de las ciencias sociales: ¿deben seguir el mismo método, y regirse por las mismas normas que las ciencias naturales, o por el contrario los seres humanos, por su propia naturaleza, no pueden ser estudiados como “objetos”, y las ciencias sociales, en lugar de plantearse hipótesis sobre relaciones de causa-efecto, han de preguntarse por el sentido, el significado de los acontecimientos? Si adoptamos el punto de vista fenomenológico, realizaremos investigaciones cualitativas, cuya finalidad será “comprender” lo que ocurre en la institución (o fuera de ella), asumiendo la perspectiva de los protagonistas: los pacientes o usuarios, los familiares, los profesionales, los gestores... por el contrario, si adoptamos el punto de vista neo-positivista, utilizaremos diseños y técnicas cuantitativas.

En realidad, ambos métodos, o enfoques, son complementarios. El objetivo de cualquier ciencia es adquirir conocimientos, de forma sistemática y válida (Pita y Pértegas, 2002). Los métodos llamados inductivos o cualitativos se caracterizan por tener un carácter “interactivo”: el investigador intenta identificarse con las personas que intervienen en el fenómeno a estudiar, y recoge de la forma más objetiva y neu-

tral posible esas “vivencias”, para transmitir las a través del informe. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. Cuando el investigador se enfrenta a un tema sobre el que no hay aún una teoría concluyente que la explique, ha de utilizar técnicas y diseños cualitativos para llegar a una comprensión mejor, más en profundidad, de los hechos a los que se enfrenta. De esta forma, puede llegar a formular una hipótesis (método inductivo); pero para contrastar esa hipótesis, es necesario, en investigaciones posteriores, llegar a formularla en términos operativos, medibles, y utilizar el método cuantitativo.

Existen diferentes formas de acceder al conocimiento; hablamos así del método inductivo, y del método deductivo. El método científico en realidad combina ambos, en el llamado “hipotético-deductivo”.

La inducción consiste en partir de enunciados particulares, como la observación de determinados fenómenos (método cualitativo) y definir un enunciado teórico que incluya a todos los fenómenos observados. Es necesario acumular una cantidad suficiente de observaciones como para “asegurarnos” de que las condiciones de tal fenómeno tienen un carácter general (Figura 1).

El “método inductivo” pasa por tres fases:

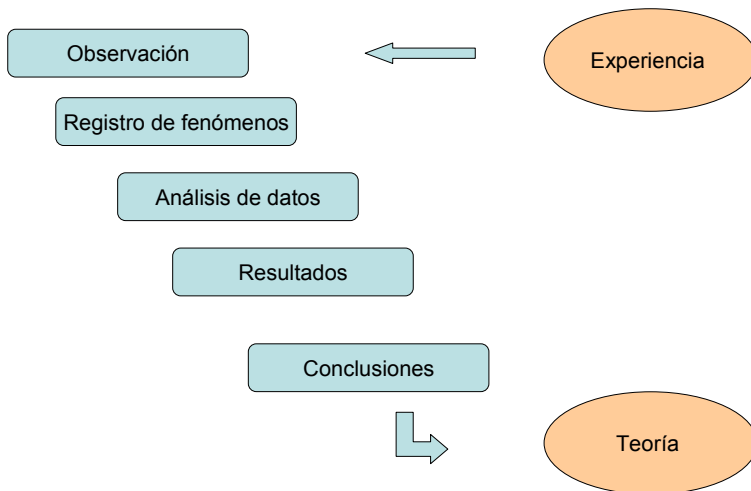


Figura 1. El método inductivo.

- Recopilación de datos mediante la observación y registro de los fenómenos, sin guiarse por ninguna hipótesis preestablecida.
- Análisis de los datos, evaluando los resultados, y explorando si existen relaciones entre los fenómenos estudiados.

– Elaboración de un modelo teórico que explique las relaciones encontradas entre los fenómenos, estableciendo unas conclusiones generales.

Por ejemplo: un investigador interesado en averiguar a qué edad comienzan los niños a hablar podría observar a un gran número de niños, a diferentes edades, hasta comprobar que la mayoría de los niños observados comienzan a utilizar las palabras en torno a los dos años de edad. De ahí se generalizaría el enunciado de que, “generalmente”, los niños comienzan a hablar a los dos años.

El método deductivo, por el contrario, parte de conceptos teóricos, que determinan la recogida de datos, y que constituyen enunciados universales, de los cuáles se derivan hipótesis, deducidas lógicamente de los enunciados, y que después se comprueban confrontándolas con los datos obtenidos. La aceptación o el rechazo de la hipótesis depende de que los resultados obtenidos sean o no compatibles con la teoría universal que se pretende verificar (Figura 2).

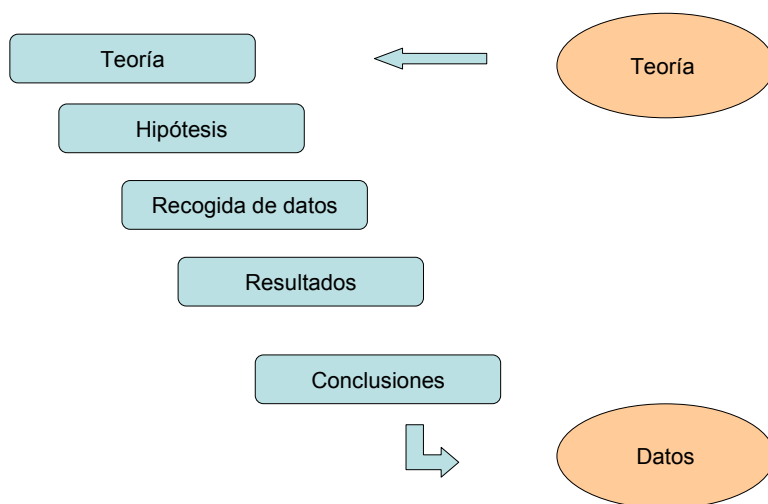


Figura 2. El método deductivo.

Pongamos otro ejemplo: determinada teoría neurológica sostiene que los varones y las mujeres muestran pequeñas diferencias en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (Pease, 2005). Si esa teoría fuera cierta, el rendimiento de los hombres y las mujeres sería diferente en tareas que requieran habilidades de orientación espacial, y en tareas que requieran habilidades lingüísticas. Se podría diseñar un estudio para comprobar si esto se cumple así o no. En este caso no partimos de “hechos”, o de fenómenos experimentados por el investigador, o extraídos de la

experiencia de colegas o de pacientes, sino que partimos de determinada teoría, más o menos científica, y lo que pretendemos es contrastar dicha teoría.

El método hipotético-deductivo, que es considerado como el método científico por excelencia, es el resultado de la combinación de los dos métodos anteriores. Puede partir tanto de la observación de fenómenos que aparentemente contradicen una teoría que la comunidad científica considera correcta, o bien de un planteamiento teórico sobre el que aún no hay suficiente consenso entre los científicos; al igual que el método deductivo, plantea una hipótesis, bien para corroborar la teoría, bien para dar otra explicación distinta a los fenómenos observados. Pero a diferencia del método deductivo, debe formular la hipótesis en términos que resulten operativos, o dicho de otra forma, ha de utilizar el método inductivo, volviendo a los fenómenos observables, para contrastar la hipótesis empíricamente (Figura 3).

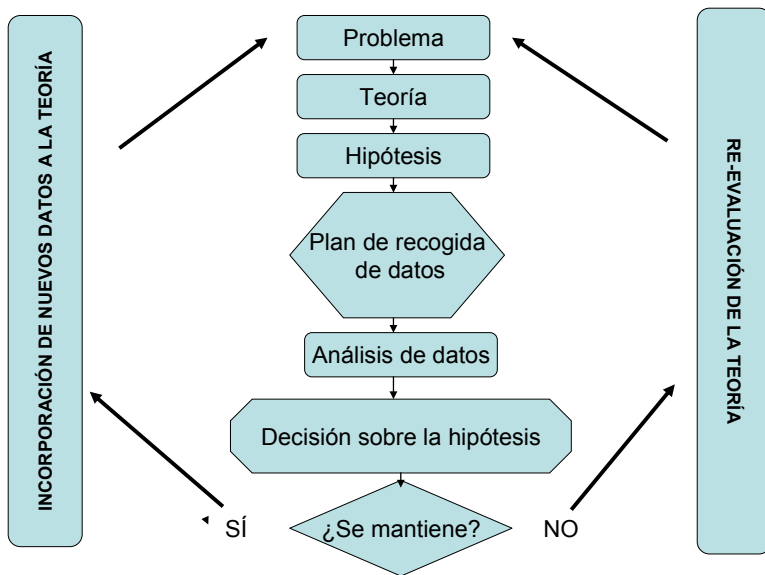


Figura 3. El método hipotético-deductivo.

Como hemos dicho antes, una peculiaridad de la investigación en ciencias sociales es la dificultad para explicar, predecir y controlar situaciones que implican relaciones complejas entre un número importante de personas. En realidad, los métodos cualitativos pueden considerarse como una primera aproximación a los problemas o situaciones prácticas que se producen en cada ámbito social (en este caso, en el ámbito de la atención sanitaria o de los servicios sociales).

La metodología cualitativa consiste en describir con la mayor fidelidad posible la valoración que hacen de ella los sujetos, la realidad que se pretende investigar, intentado comprender el punto de vista de los protagonistas de las interacciones observadas, el sentido de la realidad estudiada. Se trata, por tanto, de una metodología subjetiva, en el sentido de que implica una interpretación, un sentido. El investigador se introduce dentro de la realidad social que pretende investigar, identificándose con los sujetos que estudia, y transmitiendo lo más fielmente posible las interacciones observadas mediante diferentes técnicas (Bisquerra, 2004). Esto no significa que el investigador cualitativo renuncie a la validez de sus conclusiones. Como veremos un poco más adelante, cada método concreto tiene su propio sistema de validación.

Sandín (2003) define la investigación cualitativa como “*una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socio-educativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos*”.

Una vez que se ha formulado una ley, o una posible explicación (en términos de relación causa-efecto) de los fenómenos observados, aplicando técnicas cualitativas, para poder comprobar que esa ley es compatible con la “realidad empírica”, hemos de utilizar un método cuantitativo. Pero antes de describir los diferentes métodos cuantitativos, definiremos tres conceptos que están relacionados entre sí, pero que no son sinónimos, y que nos ayudarán a comprender mejor hasta qué punto podemos generalizar las conclusiones de los estudios que leamos, o cómo poder aplicar en la práctica dichas conclusiones. Aparecerán. Estos conceptos son: *ley*, *teoría* y *modelo*.

Una *ley* es una relación constante entre dos o más variables, que expresa una generalización basada en una confirmación empírica. Describe una regularidad en la ocurrencia de un conjunto de fenómenos, relacionados entre sí.

Existen dos tipos de leyes: las leyes deterministas, y las leyes probabilísticas. Una *ley determinista* es aquella que expresa una relación constante y necesaria entre los fenómenos, aplicable universalmente en el tiempo y en el espacio. Se expresa formalmente mediante una secuencia temporal: “Siempre que se da **a**, ocurre **b**”.

Algunos ejemplos de leyes deterministas serían estos: dos cuerpos en el espacio se atraen mutuamente con una fuerza proporcional a la masa de los dos (Ley de la Gravedad). El calor dilata los metales. El agua pasa del estado líquido al gaseoso al alcanzar los 100 grados centígrados de temperatura...

Las *leyes probabilísticas* nos permiten afirmar con cierta probabilidad de acertar, expresada generalmente en un porcentaje o una proporción, que cuando se dan

determinadas condiciones, ocurrirá determinado fenómeno. Suelen relacionarse las leyes deterministas con los fenómenos llamados naturales (los estudiados por las ciencias “de la naturaleza”: Física, Química, Biología...), y las leyes probabilísticas con los fenómenos sociales, los estudiados por las ciencias “humanas”, como la Lingüística, la Psicología, la Sociología, o la Historia. Pero esto no es cierto. Las leyes deterministas, en realidad, explican solamente fenómenos que no están suficientemente estudiados, porque los métodos de observación no han llegado al grado de perfeccionamiento necesario para poder medir con la suficiente precisión la relación entre las teóricas causas y los efectos.

El ejemplo clásico que se utiliza para explicar las limitaciones de las leyes “deterministas” es la comparación de la mecánica clásica newtoniana con la física cuántica. La ley de la gravedad solamente se cumple si se dan determinados supuestos, es decir, si se prescinde de “los detalles”, y se estudia el fenómeno en términos generales. Pero esta “ley determinista” no se cumple en todos los casos, como explica el “principio de indeterminación” de Heisenberg: es imposible conocer al mismo tiempo la posición y la velocidad de una partícula, porque el espacio y el tiempo no son dimensiones absolutas, sino que dependen la una de la otra.

*“...aunque en las llamadas ciencias sociales el criterio dominante siga siendo el paradigma de la “matematización” en su dimensión “cuantitavista”, en las ciencias naturales hace tiempo que dicho paradigma dejó de ser dominante, al menos con la fuerza de antaño. Asimismo, el siglo XX presenció el desarrollo de dos grandes principios: el de la “incertidumbre” asociado a Heisenberg y el de la “relatividad” asociado a Einstein; en su aspecto positivo de las relaciones sujeto/objeto (cualquier medición transforma el objeto “medido”) y desde el punto de vista de la existencia de un único centro de coordenadas o perspectiva dominante”* (Del Canto y Silva, 2013, pág. 28).

En la investigación social no es posible establecer leyes deterministas. Las afirmaciones que podemos hacer respecto al comportamiento de las personas, como individuos, o colectivamente, como grupos u organizaciones, como por ejemplo al referirnos al aprendizaje, a los hábitos de vida saludable, a la eficacia de una intervención educativa, etc., solamente son ciertas “en cierto grado”, o sea, con una probabilidad asociada a la ocurrencia de las consecuencias que prevemos al planificar la intervención.

Una *teoría* es un conjunto de leyes, relacionadas entre sí: un sistema o un grupo de generalizaciones que explica una clase de fenómenos, mediante conceptos, definiciones, y relaciones entre los conceptos. Kerlinger y Lee (2002) definen la teoría como *“un conjunto de constructos (conceptos), definiciones y proposiciones relacionados entre sí, que presentan una visión sistemática de los*

*fenómenos especificando relaciones entre variables, con el propósito de explicarlos y predecirlos”.*

Los *modelos* son esquemas que representan de forma simplificada una teoría. Se utilizan en la investigación científica para facilitar la comprensión de una teoría, y muestran sus aspectos más importantes. Un ejemplo sería la estructura del átomo, o el modelo del ADN (Figura 4).

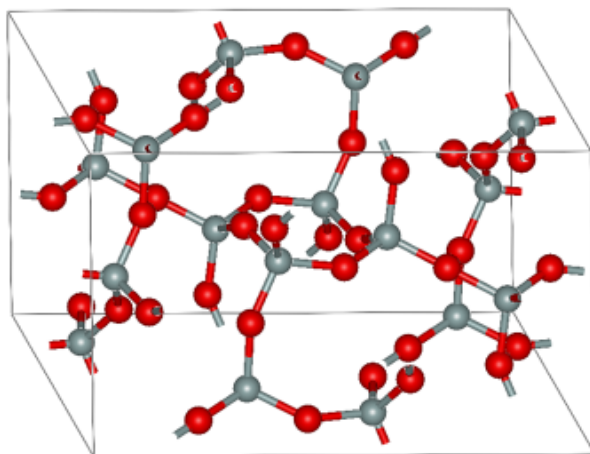


Figura 4. Estructura de una molécula (Fuente: Wikipedia).

García y Alvarado (2000), siguiendo el paradigma del positivismo lógico, citan las características de los métodos cuantitativos: *“medición controlada, objetivismo, al margen de los datos, no fundamentados en la realidad, orientados (hacia) la comprobación, confirmatorios, reduccionistas, inferenciales, hipotético-deductivos, orientados al resultado, fiables, con datos sólidos y repetibles, generalizables, particularistas y con realidad estable”.*

Los métodos cuantitativos se clasifican por el grado en que el investigador controla o modifica las variables que forman parte del diseño de la investigación. Aquí agruparemos los diseños posibles en tres grandes categorías: método experimental, método selectivo, y método observacional. En el primero, el investigador controla todas las variables que intervienen en el proceso objeto del estudio. En el método selectivo, no es posible controlar todas las variables, pero sí “elegir” algunas variables que sí son modificables, y medir las consecuencias que tiene, en el resto de las variables, las modificaciones introducidas. En el método observacional no se manipulan las variables, limitándose el investigador a medir, mediante la observación las condiciones que se dan en la realidad.

Pero antes de continuar es necesario que definamos otro concepto que estamos utilizando para explicar y clasificar los métodos de investigación: el concepto de variable. Podríamos definirla como “*cualquier aspecto observable directa o indirectamente que puede asumir al menos dos valores diferentes*” (García y Alvarado, 2000). Las variables representan conceptos, o constructos, y deben tomar tantos valores como modalidades tiene ese concepto de presentarse.

Pongamos algunos ejemplos. Por el tipo de “medida” que puede aplicarse a la variable, esta puede ser: *nominal*, cuando solamente pueden enumerarse los valores, pero no pueden ordenarse. Por ejemplo: la nacionalidad (española, francesa, alemana...). Un tipo especial de variable nominal es la *dicotómica*, cuando solamente puede adoptar dos valores. Por ejemplo: el sexo (masculino o femenino).

Una variable *ordinal* es la que representa un fenómeno que puede aparecer en mayor o menor intensidad. Por ejemplo, la calificación de un estudiante en un examen: suspenso, aprobado, notable o sobresaliente, o la respuesta a una pregunta en una encuesta: muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho.

Una variable *cuantitativa* es la que representa una cualidad cuyo incremento puede medirse de forma precisa. Por ejemplo, la edad, o la estatura de un niño. Un tipo especial de variable cuantitativa, que se utiliza muy frecuentemente en la investigación psicológica y educativa es el “cociente intelectual” (C.I.), que es un valor que representa el grado en que un sujeto se acerca o se aleja de la “capacidad intelectual normal”, que se representa por la cantidad 100. El C.I. se calcula dividiendo el resultado que obtiene un sujeto en un test de inteligencia por 100, que es el resultado medio obtenido por la población general. Así, un C.I. de 120 significa que el sujeto tiene una inteligencia un 20 % superior a lo normal, y un C.I. de 80, que el sujeto tiene una capacidad intelectual un 20 % por debajo de lo normal. En los niños menores de 4 años no puede utilizarse esta variable, porque no puede medirse la inteligencia “general” con los niños pequeños, por lo que se utiliza otra variable parecida: el “cociente de desarrollo” (C.D.), que representa el cociente entre la edad mental de un niño y su edad cronológica.

Volviendo a los diferentes diseños cuantitativos (*experimental*, *selectivo* y *observacional*), las variables también pueden definirse por el papel que juegan en el diseño de la investigación. Una “*variable independiente*” es aquella que el investigador manipula, para comprobar qué efectos tiene tal manipulación. Cuando el investigador no manipula las variables, pero sí define una hipótesis sobre la relación causal que puede haber entre unas variables y otras, la *variable* que se cree que puede provocar efectos se denomina “*predictora*”. La variable “*dependiente*” es la que mide los efectos aparentemente producidos por la modificación de la variable independiente. En los diseños observacionales, o selectivos, la variable que mide los efectos hipotetizados se denomina “*variable criterio*”. Una “*variable interviniente*”

es aquella que no puede ser controlada por el experimentador, pero que sí puede influir en los valores que toma la variable dependiente o criterio. Finalmente, una “*variable contaminadora*”, o extraña es la que representa fenómenos de origen desconocido, o no controlable, que pueden alterar los resultados.

El método experimental puede adoptar diferentes formas, según el número de sujetos y la forma que tienen estos de agruparse para comprobar o contrastar las hipótesis planteadas. Así, hablamos de “*diseño de caso único*” cuando se estudia un solo sujeto, o “*diseño de grupo experimental y grupo control*”, cuando se comparan dos grupos de sujetos: un grupo al que se le somete a la condición experimental (variable independiente, *grupo experimental*), y otro al que no se le somete a tal condición (*grupo control*).

Otro ejemplo: Supongamos que deseamos comprobar la eficacia de determinado método para mejorar la adherencia de un colectivo de pacientes a su tratamiento. Podríamos proceder de diferentes formas. Una de ellas, puede ser escoger a un paciente, al azar, y pasarle un control o examen para averiguar qué nivel de presencia de determinado medicamento se encuentra en su sangre. A continuación, introducimos el nuevo método educativo (variable independiente), y al cabo de un tiempo, volvemos a aplicar el mismo control (variable dependiente). Si el paciente ha aumentado su adherencia al tratamiento, podremos mantener la hipótesis de que el método es eficaz. Sin embargo, es posible que hayan intervenido otros factores para mejorar el resultado, como la influencia de otras personas, lo que haya podido aprender en casa, con su familia, la simple “*maduración*”, o progreso debido al paso del tiempo (todos estos factores serían “*variables intervinientes*”); incluso es posible que, sin saberlo nosotros, cuando el paciente pasó el primer examen sufriera un pequeño resfriado, o no hubiera dormido bien... o cualquier otro motivo que haya influido en el resultado (*variables extrañas, no controladas*).

Para hacer de nuestra investigación un diseño “*más potente*”, podríamos corregir todos estos inconvenientes utilizando un diseño de “*grupo experimental y grupo control*”. Supongamos que tenemos acceso a una población de 200 pacientes que siguen el mismo tratamiento. De esa población, extraemos una “*muestra aleatoria*” de 20 pacientes (es decir, no escogemos a los pacientes, sino que los elegimos al azar). Una muestra aleatoria se define como aquella formada por un número reducido de sujetos de una población en la que todos ellos tenían la misma probabilidad de ser elegidos. Pues bien, después asignamos, también al azar, a los sujetos a dos grupos: el grupo E (experimental) y el grupo C (control). Aplicamos el mismo test a todos, y a continuación continuamos utilizando el mismo método educativo con los sujetos del grupo C, pero modificamos el método, utilizando el que queremos contrastar, con el grupo E. A l cabo de tres

meses, aplicamos de nuevo el mismo test a todos los sujetos. Si los resultados del Grupo E son mejores que en el grupo C, mantendremos nuestra hipótesis. La ventaja respecto al diseño “de caso único” es que el resto de las variables que hemos identificado (variables intervinientes y extrañas) es que podemos mantener el supuesto de que estarán igualmente presentes en ambos grupos, por lo que su efecto se anula, combinándose entre sí.

Cuando no es posible controlar todos los requisitos o “supuestos” del modelo, el método se denomina “quasi-experimental”, lo que significa que “se parece” al método experimental, pero que no ha sido posible seleccionar a los sujetos de forma aleatoria, o cumplir el resto de los supuestos exigidos, como un tamaño suficientemente grande de la muestra para poder comprobar estadísticamente que los efectos no se pueden explicar por el azar.

### **3. MÉTODOS Y TÉCNICAS CUALITATIVAS. LA OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA**

Como hemos visto en el epígrafe anterior, se ha llegado ya a cierto consenso en la metodología de las ciencias sociales en el sentido de que el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo no deben oponerse, sino complementarse entre sí. En el ámbito de la intervención social, los profesionales se enfrentarán muchas veces a problemas prácticos sobre los que el estado actual de la ciencia no permite tomar una decisión clara e inequívoca en un sentido o en otro. Por ejemplo, ¿es mejor formar grupos de aprendizaje homogéneos respecto al sexo, la edad, la procedencia sociocultural... , o por el contrario los alumnos aprenden mejor en grupos heterogéneos?... en un colegio, ¿los maestros deben pedir la colaboración de los padres para que los alumnos realicen tareas escolares en casa, o es preferible que los niños y niñas “se diviertan”, interactuando libremente con otros niños en actividades de ocio, dejando las tareas escolares exclusivamente para el ámbito académico?

En general, cuando nos enfrentamos ante una duda metodológica, lo más probable es que esa cuestión a la vez incluya aspectos científicos y aspectos morales, ideológicos o políticos, de forma que será difícil (a veces imposible) diseñar una estrategia de investigación libre de la influencia de los “valores” del investigador, que nos saque de esa duda... habrá que ir poco a poco, por etapas, reduciendo la incertidumbre respecto a las cuestiones que aparezcan como más básicas, elementales, y después ir ascendiendo a cuestiones más generales. Siguiendo con los ejemplos anteriores, podríamos plantear así la cuestión:

Pregunta: ¿Este método de educación sanitaria es el más conveniente para mis pacientes?

Estrategia:

1º. Revisión bibliográfica: buscar referencias de otras investigaciones, si existen, sobre la eficacia de este método frente a otros.

2º. Grupo de discusión: reunirnos con otros colegas, de diferentes especialidades si es posible, también interesados en encontrar el método más eficaz, intercambiar experiencias, visiones...

3º. Observar en el consultorio cómo se comportan los pacientes con este y con otros métodos alternativos y anotar lo más “interesante” de esas observaciones (diario o cuaderno de campo).

4º. Volver a reunirnos, elegir otro método alternativo que ya se haya mostrado suficientemente eficaz, y diseñar un “experimento” para comparar los resultados de aprendizaje de dos grupos, siempre que manifiesten su acuerdo mediante un documento de consentimiento informado, que sean equivalentes (en edad, competencias previas, nivel educativo, etc.), y decidiendo por azar qué método utilizar en cada grupo.

En este ejemplo que hemos puesto combinamos métodos cualitativos y métodos cuantitativos, con el objetivo de ir progresando en el conocimiento y a la vez en la aplicación de ese conocimiento sobre métodos de educación para la salud. Pero para poder llevar a cabo un proceso como este, es imprescindible que el profesional conozca y haya practicado los diferentes métodos. En este apartado expondremos un resumen de los diferentes métodos de investigación cualitativa, para que el alumno, posteriormente, pueda profundizar mejor, al seguir los siguientes módulos del curso, en los aspectos que más le interese, para aplicarlos a casos prácticos de su desempeño profesional.

Podríamos clasificar los métodos de investigación cualitativa según las técnicas utilizadas, el ámbito al que se aplica, o el origen histórico de cada método, de forma cronológica, desde los más antiguos a los más actuales.

En realidad, todos estos criterios se entremezclan entre sí: el progreso de los métodos cualitativos va unido históricamente a una evolución en los ámbitos a los que se han aplicado, y también al progreso de la tecnología: a finales del siglo XIX, los primeros estudios etnológicos que se plantearon científicamente estudiar las características de las culturas diferentes a la europea occidental utilizaron el método que llamamos etnográfico, consistente en introducirse dentro de alguna de esas culturas, participar como un miembro más, durante un tiempo determinado, en las actividades de esa comunidad, anotar en “cuadernos de campo” las observaciones realizadas, y después, repasando y discutiendo esos contenidos con otros colegas, elaborar hipótesis interpretativas para incluirlas en un informe de investigación. Como ejemplo citaremos las investigaciones de Malinowski (1986) y de Margaret Mead (Dillon, 2001).

Podríamos hacer un rápido recorrido histórico desde las investigaciones etnográficas de Malinowski a principios del siglo XX, pasando por estudios sociológicos funcionalistas norteamericanos en el periodo de entre guerras, la perspectiva de las minorías excluidas de la interacción social, posterior a la segunda guerra mundial (minorías étnicas, feminismo, inmigración...), y llegando al postmodernismo de los años 80 del pasado siglo (Rodríguez, Gil y García, 1996, Vera y Jaramillo, 2007).

Al plantearnos realizar una investigación cualitativa, el primer problema con el que nos encontramos es cómo relacionar la teoría con la situación práctica sobre la que queremos investigar. Esa relación siempre es compleja. Siguiendo a Schwandt (1993), podríamos resumir así la cuestión:

Los informes de observación presuponen la teoría.

La investigación a-teórica es imposible.

En las ciencias sociales y las humanidades la teoría está siendo rehabilitada en esta era de la revolución post-positivista e interpretativa.

En las ciencias sociales la teoría es multivalente, es decir, tiene varios significados y hay diferentes formas de teorizar en torno a los temas humanos.

La teoría juega su papel tanto en el campo como en la mesa de trabajo de las investigaciones que se realizan en las ciencias sociales.

### **3.1. El método etnográfico**

El método etnográfico se caracteriza por la inmersión del investigador dentro de la realidad que pretende conocer. Aunque sea un método bastante “clásico” (empezó utilizándose en el siglo XIX), sigue siendo útil para conocer en profundidad las características de una colectividad con la que se pretenda poner en práctica, por ejemplo, un programa de promoción de la salud, o a la que sea necesario apoyar con un proyecto de intervención social (Amezcuza, 2015).

El método etnográfico sigue las siguientes fases (Creswell, 1998):

Selección del diseño.

Determinación de las técnicas.

Acceso al ámbito de la investigación.

Selección de informantes.

Recogida de datos y duración de la estancia en el escenario.

Procesamiento de la información.

Elaboración del informe.

Si en los métodos cuantitativos la selección del diseño es fundamental, y sus requisitos metodológicos deben seguirse “al pie de la letra”, en una investigación cualitativa el diseño es siempre flexible, lo cual no significa que no se deba

planificar. El proceso debe ir adaptándose a los fenómenos que se investigan. Es necesario partir de una cuestión bien planteada. Por ejemplo: “¿cómo influye la diversidad étnica y cultural de los pacientes en el proceso de curación de determinado trastorno?”. Una vez planteada la cuestión o pregunta que deseamos responder con la investigación, el siguiente paso será establecer el ámbito en el que se va a desarrollar. Las cuestiones planteadas irán orientando las técnicas a utilizar. La principal de estas técnicas es la observación participante. El investigador se sumerge dentro de la realidad social, participa en las interacciones sociales del grupo/institución/comunidad (p. ej., colaborando con la enfermera, o con la educadora social, asistiendo a las reuniones del equipo de intervención, observando las entrevistas con los pacientes, interactuando con los vecinos en el mercado, en el parque, el centro de mayores...). Otras técnicas que debe utilizar son las entrevistas (formales o informales) con los informantes, el análisis de los contenidos de la documentación escrita, etc.).

La siguiente fase consiste en acceder al ámbito de la investigación, o escenario. Con este término se hace referencia a una situación social en la que se integra un grupo de personas, sus interacciones y los objetos materiales presentes, a la que se accede para obtener información. El investigador debe contar con una estrategia de entrada, que le permita acceder a la institución o a la comunidad en la que desea desarrollar su investigación.

Una vez que se haya accedido al grupo o institución, el siguiente paso será seleccionar los informantes. Para ello, será necesario establecer una relación de confianza, un vínculo significativo con los miembros del grupo, que nos permita detectar y seleccionar a las personas que puedan aportar la información más pertinente. Los “informantes clave” son aquellas personas que tienen la información, las habilidades de comunicación y la motivación suficiente para colaborar con el investigador.

La recogida de datos se realizará seleccionando las situaciones sociales y los informantes prioritarios. El proceso de recogida de información es selectivo. El investigador organiza la información en función de las categorías sociales y teorías previas sobre la realidad objeto del estudio. No es posible observarlo todo, pero sí es necesario estar atento a los detalles o pistas que nos sirvan para comprobar si se cumplen o no las predicciones implícitas en el modelo teórico que ha inspirado la investigación. Las formas de registro de la información suelen ser los escritos narrativos (diario o cuaderno de campo), entrevistas, cuestionarios, documentos, incluso grabaciones de audio o video realizadas durante la investigación. También es necesario prever la retirada del escenario, en el momento más adecuado, cuando ya se haya obtenido toda la información necesaria, planificando también la despedida, la resolución del vínculo con el grupo o con la institución objeto de la investigación.

El procesamiento de la información se realiza mediante el análisis de los datos obtenidos a lo largo del estudio. Combinando la observación y la interpretación se construye y enriquece la teoría que pretende explicar el fenómeno observado. Glaser y Strauss (1967) consideran que el objetivo del investigador cualitativo es lograr una comprensión sistemática del contexto estudiado: identificar los patrones culturales o conductuales de comportamiento en el grupo estudiado.

Finalmente, el investigador debe elaborar el informe. El informe etnográfico debe incluir los suficientes detalles descriptivos para que el lector se sienta identificado con la realidad social que se investiga. Deben integrarse con claridad la fundamentación teórica y empírica del trabajo de investigación, qué significó la experiencia para sus protagonistas, y qué representan los hallazgos obtenidos para la teoría que se pretendía contrastar. Siguiendo a Bisquerra (2004), señalamos a continuación los epígrafes que podría contener un informe etnográfico:

Planteamiento de los antecedentes teóricos y prácticos de la investigación.

Descripción de los métodos y técnicas de investigación utilizados.

Resultados y conclusiones, relacionando conceptualmente los hallazgos con las categorías de análisis que se deducen de la teoría.

Anexos: herramientas utilizadas (cuestionarios, guiones, etc.), documentación consultada, etc.

Al elaborar el informe es necesario tener en cuenta la audiencia a la que se destina: por ejemplo, no es lo mismo escribir un artículo para una revista científica, o informar a los directivos de una institución para apoyar la toma de decisiones en la planificación educativa.

### **3.2. El estudio de caso**

Un caso puede ser una persona, una organización, un acontecimiento, un programa educativo, una campaña informativa... cualquier objeto o situación concreta que nos interese conocer en profundidad. Esta metodología es adecuada para el análisis de problemas o situaciones prácticas, particulares. Lo característico del estudio de casos, frente a la investigación etnográfica, es que el investigador profundiza en el funcionamiento del caso (puede ser un sujeto, por ejemplo, el comportamiento de un alumno, una institución, como una comunidad educativa considerada como una entidad global, un aula, etc.), para comprender sus particularidades.

Sandín (2003) considera el estudio de caso como un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del objeto de estudio. Siguiendo a Stake (2007), podemos clasificar los estudios de caso según su propósito u objetivo en:

- Estudio intrínseco de casos: deseamos alcanzar una mayor comprensión de un caso en particular. El caso no representa a otros, o aun problema particular, sino que en sí mismo es el que nos interesa.
- Estudio instrumental de casos: el caso se analiza para obtener una mayor comprensión sobre una temática o una teoría. El caso es un instrumento para conseguir otros fines en la investigación.
- Estudio colectivo de casos: el interés se centra en la investigación de un fenómeno, una población o una condición general. No se focaliza el caso concreto, sino un conjunto de casos. Se trata del estudio intensivo de varios casos.

El proceso de un estudio de caso pasa también por diferentes fases:

Selección y definición del caso.

Elaboración de una lista de preguntas.

Localización de las fuentes de datos.

Análisis e interpretación.

Elaboración del informe.

En primer lugar, es necesario seleccionar el caso más apropiado para la finalidad de la investigación, identificando los ámbitos más relevantes del estudio, los sujetos que van a aportar la información, y los objetivos de la investigación. Después, es conveniente elaborar una lista de preguntas, partiendo de los objetivos, para orientar la búsqueda de información.

Habrà que localizar las fuentes de información, los sujetos a explorar, las personas a entrevistar, y las estrategias de obtención de información: observación formal o informal, entrevistas, análisis documental, estudio de documentos personales, etc.

En el análisis de la información se buscarán aspectos relevantes que contribuyan a explicar las relaciones entre los sujetos o miembros del grupo, las temáticas, situaciones, tareas, y demás elementos que forman parte del caso estudiado. Finalmente, en la elaboración del informe se tendrá en cuenta que el lector debe formarse una idea lo más aproximada posible de la realidad que hemos investigado, facilitándole mediante un relato lo más vivaz posible la experiencia de aprendizaje vicario que pretendemos transmitir.

### **3.3. Estudios fenomenológicos**

La fenomenología es una escuela filosófica establecida por Husserl a principios del siglo XX, cuya característica fundamental es la búsqueda del sentido, del significado que las experiencias tienen para los individuos, para las personas consideradas como sujetos que perciben el “fenómeno” observado, y no las causas reales u

objetivas que producen esos fenómenos. Esta perspectiva, trasladada al ámbito de la educación, significa intentar descubrir qué significan, cómo viven los acontecimientos los sujetos de la educación: alumnos, profesores, familiares, etc.

Desde los años 70, la “fenomenografía” comenzó a utilizarse en el ámbito educativo (Ortega, 2007), pero en los últimos años se ha extendido al ámbito sanitario, utilizándose de forma generalizada (González-Ugalde, 2014).

Se trata de un método puramente inductivo, ya que no se parte de un modelo teórico establecido, sino que intenta captar, con la mayor riqueza posible, la perspectiva, el punto de vista de los sujetos, extrayendo de esas experiencias las conclusiones oportunas.

Algunas técnicas utilizadas en este tipo de estudios son las entrevistas múltiples, observando cómo dialogan e intercambian puntos de vista distintos protagonistas de los sucesos a investigar, la observación de las tareas, juegos, o actividades cotidianas de los participantes, o las narraciones o historias contadas por los propios sujetos, desde su perspectiva, sobre las experiencias que deseamos investigar (Palacios y Liria, 2010). Según (1982) diferencia entre enfermedad y dolencia. La enfermedad sería el objeto de estudio teórico de la medicina, y dolencia, la experiencia subjetiva del enfermo que sufre. El punto de vista fenomenológico consistiría en el intento de comprender ese sufrimiento, para poder ayudar mejor al paciente.

### **3.4. La teoría fundamentada**

La teoría fundamentada se ha definido como “una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación” (Strauss y Corbin, 2002, pág. 21). Este método consiste en extraer, siguiendo el método inductivo, una teoría sustantiva desde los datos recopilados (Glaser, 1992). El procedimiento consiste en codificar y analizar los datos, desarrollando al mismo tiempo los conceptos teóricos que permitan su interpretación, en dos fases sucesivas: una fase descriptiva, y otra relacional, en la que se exploran relaciones causa-efecto entre los fenómenos descritos. Los datos se presentan en una matriz, a partir de la cual se representan de forma esquemática las relaciones descubiertas entre los fenómenos estudiados (Strauss y Corbin, 2002).

Esa matriz tiene los siguientes componentes (Alveiro, 2011):

- Fenómeno: suceso, descripción de la interacción entre personas que viven determinada situación.
- Condiciones: acontecimientos o sucesos que influyen en la situación y explican los motivos del comportamiento de esas personas.

– Acciones/interacciones: tácticas, o estrategias con las que las personas manejan la situación o el problema al que se enfrentan.

– Consecuencias: efectos de las acciones o interacciones, en unas condiciones particulares.

Siguiendo a Albeiro (2011), se presenta un esquema de las fases de un estudio de “teoría fundamentada” (Figura 5).

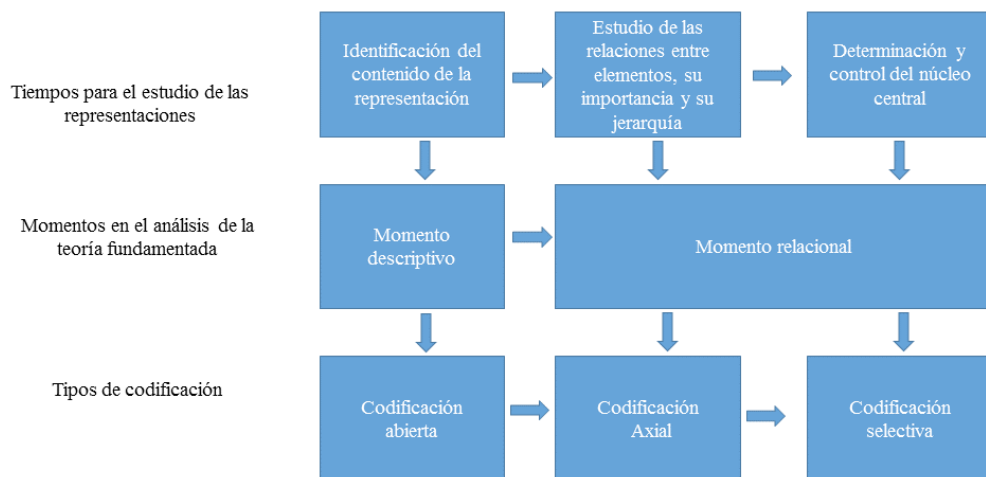


Figura 5. Fases de un estudio de “teoría fundamentada”. Fuente: Albeiro (2010).

Un estudio basado en la teoría de la “teoría fundamentada” tiene tres objetivos: indagar sobre la organización del contenido de las categorías y subcategorías de los fenómenos o sucesos investigados, identificar las relaciones y entre los diferentes elementos, y detectar cuáles son los factores principales en torno a los cuales se organizan los demás elementos.

### 3.5. La investigación-acción

La finalidad de la investigación-acción no es la acumulación de conocimientos teóricos sobre la atención sanitaria, o la intervención social, sino aportar información para guiar la toma de decisiones y los procesos de cambio para mejorar la práctica (Elliot, 1993<sup>2</sup>). Lo que se pretende es que los miembros de la comunidad

<sup>2</sup> Elliot, J. (1993). “El cambio educativo desde la investigación-acción” Madrid, Morata. Citado por Sandin (2003).

(los usuarios o pacientes) sean protagonistas conscientes de los procesos de cambio, transformando la realidad (Balcazar, 2003<sup>3</sup>).

Cohen y Manion (1985 ) agrupan los propósitos de la investigación-acción en cinco categorías:

- Un medio para solucionar problemas en situaciones específicas.
- Formación permanente de los profesionales.
- Introducir enfoques nuevos o innovadores en la enseñanza y el aprendizaje.
- Mejorar la comunicación y relación entre los profesionales de la educación y los investigadores.
- Resolución de problemas en el aula.

Siguiendo a Sandin (2003), señalaremos algunas de las características de este método:

La investigación-acción implica la transformación de la realidad educativa y social; parte de los problemas prácticos a los que se enfrentan los miembros de la comunidad educativa, y requiere la implicación activa y la colaboración de los protagonistas de la acción educativa. Es también fundamental la formación de los participantes, tanto en técnicas de investigación como en procesos de cambio.

Las fases por las que pasa este proceso son las siguientes:

Clarificar y diagnosticar una situación problemática para la práctica.

Formular estrategias de acción para resolver un problema.

Poner en práctica y evaluar las estrategias de acción, y comprobar las hipótesis planteadas.

Analizar los resultados de la acción, iniciándose una siguiente espiral de reflexión y acción.

### **3.6. Conclusión**

En el resto de los capítulos de este libro los lectores encontrarán diferentes técnicas que les pueden resultar útiles para conocer mejor los aspectos teóricos de los problemas a los que han de enfrentarse en su trabajo cotidiano, interactuando con pacientes, usuarios, u otros profesionales, pero esto no es lo más importante: esta publicación se

---

3 Balcazar, F. E. (2003). Investigación acción participativa (IAP): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en humanidades, (7), 59-77. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1272956>

ha diseñado con la intención de que los profesionales hallen herramientas adecuadas para mejorar su práctica, para aumentar la calidad de sus intervenciones, en el marco institucional y social en el que desarrollan su carrera profesional. No pretende ser más que una ayuda, una herramienta para ser utilizada en la práctica profesional. Será cada profesional quien decida qué técnica utilizar, si cree que le puede ser de utilidad y a tenor de los resultados, valorar si realmente su uso ha contribuido a solucionar su problema, y en definitiva a que sus clientes, pacientes y usuarios, reciban una atención de más calidad. Confiamos en que sea así.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Alveiro, D (2013). "La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. CES Psicología, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 122-133. Descargado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539419008.pdf>
- Amezcu, M. (2015). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. Descargado de : <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>
- Bayes, R (1978). "Una introducción al método científico en Psicología", citado por García Jiménez y Alvarado (2000).
- Bisquerra, R. (2004) "Metodología de la investigación educativa", La Muralla, 2004. pág. 34.
- Bonfill x., Gabriel, r y Cabello, J. (1997). "La medicina basada en la evidencia". Revista Española de Cardiología, 50(12), 819-825.
- Bunge, M. (2014). La ciencia, su método y su filosofía. Ed. Laetoli.
- Creswell, J.W. (1998). "Qualitative inquiry and research designs". California, Sage, citado por Bisquerra (2004).
- Del Canto, E. y Silva, A. (2013) "Metodología cuantitativa: abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales". Rev. Ciencias Sociales 141: 25-34/2013 (III). Descargado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/12479>
- Dillon, W.S. (2001) "Margaret Mead /1901-1978". Unesco. Revista Trimestral de Educación Comparada. XXXI, 3, sep 2001. Descargado de : [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/archive/publications/ThinkersPdf/meads.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/meads.pdf)
- García, M<sup>a</sup> V. y Alvarado, J.M<sup>a</sup>. (2000). "Métodos de investigación científica en Psicología" (2000). E.U.B. Barcelona.
- Glaser, B. G. (1992). Basics of grounded theory analysis. California, Estados Unidos de América. Sociology Press, citado por Alveiro (2011).
- Glaser, B. y Straus, A (1967). "The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research". Chicago: Aldine. Citado por Bisquerra (2004).

- González-ugalde, C. (2014). "La investigación fenomenográfica". *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 7(14), 141-158. Descargado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4934660.pdf>
- Kerlinger, F.N. (1982). "Investigación del comportamiento", citado por García y Alvarado (2000).
- Kerlinger, F.N. (1986). "Foundations of behavioral research", citado por Mcmillan, J.H. y Schumacher, S. "Investigación educativa".
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). "Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales". McGraw-Hill, 2002, citado por Sabariego y Bisquerra (2004)
- Malinowski, B. (1986) "los argonautas del Pacífico Occidental" Barcelona, Planeta Agostini.
- Mira, j. J., Lorenzo, s., Vitaller, j., & Guilabert, m. (2010). Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gaceta sanitaria*, 24(3), 247-250. Descargado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110000695>
- Ortega Santos, T. (2007) "La fenomenografía, una perspectiva para la investigación del aprendizaje y la enseñanza", *Pampedia* n° 3, Jul. 2006-jun 2007. Descargado de: <http://www.uv.mx/pampedia/numeros/numero-3/6-La-fenomenografia-una-perspectiva-para-la-investigacion-del-aprendizaje-y-la-ensenanza.pdf>
- Palacios-Ceña, D., y Liria, I. C. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería intensiva*, 21(2), 68-73. Descargado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239909000091>
- Paredes, G. (2009) Críticas epistemológicas y metodológicas a la concepción positivista en las ciencias sociales. *Ensayo y Error. Nueva Etapa. Año XVIII. N° 36*. Caracas, 2009, pp. 143-169.
- Pease, A. (2005). "Por qué los hombres no escuchan y las mujeres no entienden los mapas" Ed. Amat, 2005.
- Pita, S. y Pértegas, S., "Investigación cuantitativa y cualitativa" *Fisterra*, 2002. Descargado de: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti\\_cuali/cuanti\\_cuali2.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf)
- Rodríguez, Gil y García (1996) "Tradición y enfoques en la investigación cualitativa", en Rodríguez Gómez G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. "Metodología de la investigación cualitativa". Ed. Aljibe, 1996.
- Sabariego, M. y Bisquerra, r. (2004). El proceso de investigación. Parte I. En Bisquerra, R. (2004).
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W. y Haynes, R. B. (1997). *Medicina basada en la evidencia*. Madrid: Churchill Livingstone.
- Sandín, M.P. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Ed. McGraw Hill.

- Schwandt, T.A. (1993) "Theory for the moral sciences: crisis of identity and purpose, en D.J. Flinders y G.E. Mills (Ed.) *Theory and Concepts in Qualitative Research*. Nueva York, Teachers College Press, pp. 5.23); citado por Rodríguez Gómez G., Gil Flores, J. y García Jiménez (1996).
- Seguín, C. A. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid. Ediciones Pirámide, S. A.
- Seguín, C. A. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid. Ediciones Pirámide, S. A.
- STAKE, R.(2007) "Investigación con estudio de casos". Madrid. Ed. Morata.
- Strauss, A y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Ed. Universidad de Antioquía. Descargado de: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Thacker, S. B. (1993). *Metanálisis: un enfoque cuantitativo para la integración de investigaciones*. Bol. Of. Sanit. Panam. 115(4) 1993. Descargado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16300/v115n4p328.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vera, J.P. y Jaramillo, J. (2007). "Teoría social, métodos cualitativos y etnografía: el problema de la representación y reflexividad en las ciencias sociales", *Universitas humanística* n° 64, jul-dic 2007, pp. 237-255. Descargado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/2202>



## **CAPÍTULO 2**

# **LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN PARTICIPATIVA**

**PILAR DELGADO HITO**  
Universidad de Barcelona

### **1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN**

La mayor parte de autores de la historia de la educación coinciden en atribuir a la obra de Dewey (1929) “Sources of the Science of Education” la paternidad de este tipo de investigación. Sus ideas sobre la “pedagogía progresiva”: el carácter democrático de la educación, el aprendizaje en la acción, la necesidad de que los profesores se impliquen en las investigaciones, en definitiva, su pensamiento crítico y reflexivo y sus ideas de democracia y participación subyacen implícita o explícitamente en sus planteamientos (Latorre, del Rincón y Arnal, 1996). A las ideas de Dewey se unen los escritos de Collier (1933-1945), comisario de asuntos indios, quien utiliza este tipo de investigación y señala la necesidad de aplicarla a los programas sociales y la colaboración entre investigador y cliente.

Aunque se reconocen a estos autores como los iniciadores de la investigación-acción (IA) o también denominada investigación participativa, también es cierto que fueron las aportaciones de Lewin (1946) las más decisivas durante el periodo inmediato a la segunda guerra mundial (Abad et al., 2010). La originalidad de este psicólogo social radica en la aportación de un nuevo concepto de investigación. Lewin denomina “action research” a la orientación sugerida por Dewey, distinguiéndola

así de la investigación científica en laboratorio. Para este autor, la investigación es ante todo IA (en palabras de Lewin, “no queremos acción sin investigación, ni investigación sin acción”). Según Lewin, mediante este tipo de investigación los avances teóricos y los cambios sociales se pueden lograr simultáneamente si se incluye la participación de los interesados en la producción del cambio (Morin, 1992). Este tipo de investigación fue absorbido por la educación casi tan pronto como surgió.

El proceso de IA experimentado por Lewin fue relativamente simple. La gestión del cambio (*social management*) consistía en un proceso de planificación empezando por una idea general que correspondía a un objetivo general. En la primera etapa, se examinaba esta idea a través de los medios disponibles, lo que requería a menudo una recogida de datos. En la segunda etapa, se realizaba un plan general con el fin de lograr el objetivo y la primera acción a realizar. La tercera etapa consistía en ejecutar esta primera acción. Esta etapa necesitaba unas observaciones y recogida de datos con el fin de (1) evaluar la acción, (2) permitir a los planificadores hacer los aprendizajes, (3) utilizar los datos para planificar la siguiente acción y (4) servir de base para modificar el plan general. Este proceso se inscribía en un bucle donde los resultados o nuevas informaciones revertían de nuevo en este esquema formando tantos bucles como el grupo necesitara para conseguir sus objetivos (Lavoie, Marquis y Laurin, 1996). La Figura 1 de la siguiente página representa los ciclos de IA de Lewis (Kemmis, 1988).

El periodo 1944-1953 supone el mayor impacto de esta investigación en el área de la educación pero a partir de 1957 aparecen las primeras críticas y empieza el declive en su utilización. Algunas de estas críticas fueron: su metodología, el concepto de investigación participativa, su carácter “acientífico” según los cánones de la filosofía de la ciencia social, el tiempo que consume, a la vez que se discute que los profesores puedan investigar (Latorre et al., 1996; Lavoie et al., 1996).

En la década de los setenta resurge el movimiento de investigación participativa en el contexto de colaboración entre maestros e investigadores en el desarrollo del curriculum. La fuerza de este movimiento se evidencia a partir de las diferentes ramificaciones en sus corrientes que fue adquiriendo (EEUU, Europa, Australia, Países tercer mundo), unas puramente geográficas y otras de tipo más conceptual.

## **2. BASES FILOSÓFICAS DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN**

La idea original de Lewin en hacer participar a las personas en las investigaciones ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo. Según Elden y Chisholm (1993), en la investigación participativa clásica, el investigador monopolizaba la generación de conocimientos aunque no excluía a aquellos que facilitaban la información, los dejaban participar en ciertas fases del proceso de investigación.

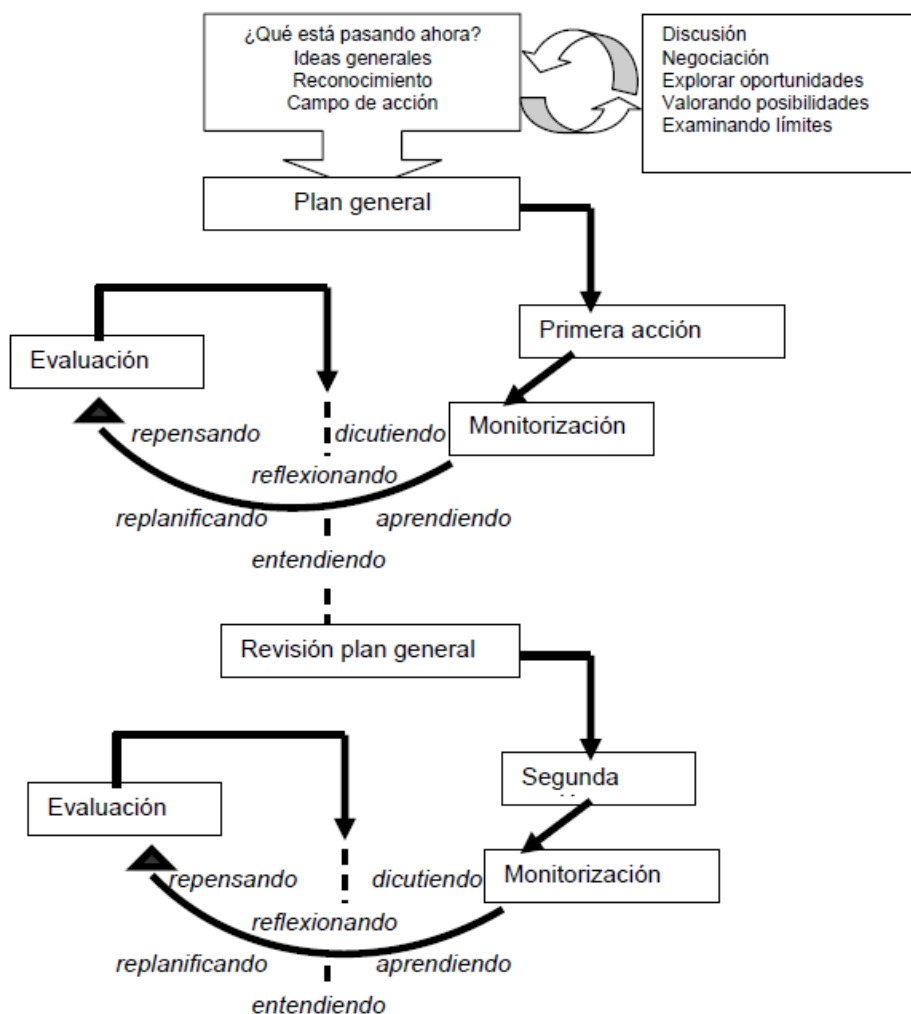


Figura 1. Representación de los ciclos de IA de Lewis (Kemmis, 1988). Traducción libre.

Actualmente, el concepto de participación requiere el compartir, la participación real en todas las etapas del proceso, el compromiso personal, la apertura a la actividad humana y la responsabilidad (Delgado y Gastaldo, 2006; Gendron, 2001; Hall, 1981; Kemmis, 1988; Kemmis y McTaggart, 1988, 2000; Morin, 1992; Stringer, 2008; Webb, 1989; Whyte, 1991).

La IA se sustenta en los principios de que las personas son capaces de aprender, cambiar y transformar su mundo y que para ello es necesario una participación

activa de estas personas en el proceso de cambio (Delgado-Hito, 2012). De esta forma, se establece un proceso colaborativo y participativo entre profesionales e investigadores que, según Abad, Delgado-Hito y Cabrero (2010) estaría formado por un proceso de análisis de la situación, identificación de problemas y elaboración de estrategias de acción planeadas, llevadas a cabo y sistemáticamente sometidas a observación, reflexión y cambio.

La investigación participativa se puede adscribir a las corrientes interpretativa y crítica.

En este sentido, si se realiza una IA desde el paradigma constructivista, el interés estará centrado en comprender los significados del mundo vivido (comprensión mutua compartida) y en interpretar los significados de las acciones humanas y de la vida social ya que reconoce que existen varias realidades socialmente construidas; en la negociación con todos los actores y en las estrategias que promuevan la colaboración y la co-responsabilidad. Este paradigma hace posible la formación gradual del consenso por un “círculo hermenéutico” (interpretativo) formado de discusiones, críticas, negociaciones y re-evaluaciones (Lehoux, Levy y Rodrigue, 1995; Heron y Reason, 2006).

Si por el contrario, se realiza la IA desde el paradigma crítico, el interés se centrará en la transformación de la estructura de las relaciones sociales y en dar respuesta a determinados problemas generados por éstas. Algunos de sus principios son: conocer y comprender la realidad como praxis, unir teoría y práctica: conocimiento, acción y valores, orientar el conocimiento para emancipar y liberar al hombre teniendo en cuenta las relaciones de poder y de género (Reason y Bradbury, 2001; Heron y Reason, 2006; Villasante et al., 2000) y la autorreflexión (Bray et al., 2000; Rodríguez, Gil y García, 1996). El grupo asume la responsabilidad de la investigación y propicia la reflexión y crítica de los intereses, interrelaciones y prácticas.

### **3. DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN**

En la literatura existen tantas definiciones de investigación-acción como autores se han interesado. Por ejemplo Quintana (1986) define la investigación-acción así: “Es el proceso sistemático del estudio crítico *in situ* de una actividad para buscar el perfeccionamiento de ésta. La investigación surge de la acción, se desarrolla a través de su propia acción y sus resultados redundan directamente en la modificación optimizante o perfectiva de la acción”. Hall (1981) afirma que: “La investigación participativa es una forma de investigación-acción social que surge como alternativa metodológica para canalizar las investigaciones donde las dimensiones participativa, democrática, liberadora, crítica y comprometida son nucleares, teniendo como propósito promover el “desarrollo comunitario””. Finalmente, Kemmis y McTag-

gart (1988) definen la investigación-acción de la siguiente manera: “Es una forma de indagación introspectiva colectiva emprendida por participantes en situaciones sociales con objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales o educativas, así como su comprensión de esas prácticas y de las situaciones en que éstas tienen lugar [...] esto sólo se logra a través del examen crítico de las acciones que el grupo ha decidido”.

La gran diversidad de concepciones que existen actualmente en torno a la investigación-acción tanto desde una perspectiva teórica como experiencial, hace que sea casi imposible llegar a una conceptualización unívoca. Sin embargo, la mayoría de autores opinan que este tipo de investigación se caracteriza por cuatro conceptos clave: personas, poder (empowerment), praxis (acción-reflexión) y conocimientos prácticos o populares.

En cuanto al concepto de persona, la investigación-acción sitúa a las personas con un rol de actores, de co-investigadores. En este sentido, las personas no son consideradas como objetos de estudio sino como sujetos y por lo tanto, este tipo de investigación dará respuesta a las necesidades reales de las personas en base a su experiencia vivida (Finn, 1994).

El concepto de poder se ha de entender en el sentido de *empowerment* o *empoderamiento*, es decir, la capacidad de dar poder a las personas para que ellas mismas provoquen cambios positivos de las situaciones en que viven (Bellman, 1996; Elliott, 1991; Kemmis et McTaggart, 2000; Meyer, 2000; Stringer, 2008; Titchen et Binnie, 1993; Webb, 1990, 1991; Whyte, 1989, 1991). Wallerstein (1992) define *empowerment* como el proceso que favorece la participación de las personas, organizaciones o comunidades con el fin de aumentar el control individual y comunitario, la eficiencia de las políticas, la calidad de vida de la comunidad y la justicia social. En este sentido, Sarri y Sarri (1992) afirman que dando poder a las personas ellas llegan a reflexionar sobre sus prácticas y las modifican.

El concepto de praxis se refiere a que las personas pueden actuar a la vez que reflexionan sobre lo que realizan, por lo tanto se consigue una práctica más reflexionada, más crítica, más evaluada. Kemmis y McTaggart (1988) consideran praxis como la acción críticamente informada y comprometida y Schön (1994) utiliza las expresiones de “pensar caminando” o “aprender haciendo” para sugerir que no sólo una persona puede pensar en hacer sino que también puede pensar sobre lo que hace al mismo tiempo que lo realiza.

Finalmente, los conocimientos prácticos o populares se refieren al reconocimiento y valoración de los conocimientos y de la experiencia de las personas los cuales han estado ignorados y no reconocidos por la investigación tradicional (Kemmis y McTaggart, 1988; Reason, 1994; Sarri y Sarri, 1992; Stringer, 2008). En efecto, los conocimientos populares o prácticos han estado escondidos dentro

del discurso científico de la racionalidad, la objetividad y la verdad y han negado los conocimientos subjetivos o intuitivos de las personas.

La IA tiene como objetivo general la transformación de la realidad social y promoción del desarrollo comunitario a través de diferentes fines:

- (1) provocar un cambio (Goyette y Lessard-Hébert, 1987; Kemmis y McTaggart, 1988; Morin, 1992; Whyte, 1991);
- (2) comprender las prácticas (McKernan, 1988);
- (3) resolver los problemas (Poisson, 1990);
- (4) mejorar una situación dada (McKernan, 1988);
- (5) crear conocimientos (Gélinas y Brière, 1985; Holter y Schwartz-Barcott, 1993; Kemmis y McTaggart, 1988; Stringer, 2008).

Concretamente, la IA tiene como objetivos específicos crear en los participantes autoconciencia de su realidad social; aumentar su capacidad para la toma de decisiones con el fin de mejorar su realidad; activar a los participantes: capacitarlos para movilizar sus recursos humanos para la solución de los problemas sociales. En definitiva, concienciar, actuar, liberar son ideas fundamentales de este tipo de investigación (Freire, 1990; Hall, 1981; Latorre, 2003).

Algunas de las características de la IA son:

- Tiene que tener como origen las necesidades reales de las personas (participantes) detectadas por el investigador y aceptadas por las personas o detectadas exclusivamente por las personas.

- La investigación ha de ser llevada en el medio natural, es decir, allí donde los problemas están y donde las dinámicas se viven. Morin (1986) afirma que los participantes viven dentro de un contexto que actúa sobre ellos de la misma forma que ellos intervienen sobre él.

- Se caracteriza por su carácter democrático ya que todos los participantes contribuyen en todos los niveles: los participantes son vistos como iguales y el investigador actúa como agente facilitador y de consulta para los participantes sobre los temas relacionados con el proceso (toma de decisiones conjuntas para definir los problemas, diseñar la investigación, recoger datos, interpretar) y su evaluación. El problema es clarificado por aquellos que viven el problema, las soluciones son encontradas por los participantes y los resultados son compartidos por los que están implicados. Los resultados son validados por los participantes. Este proceso requiere del investigador excelentes habilidades interpersonales y del proceso de investigación.

- La participación e implicación de la comunidad (grupo social, comunidad, escuela, hospital) es clave. Entre los participantes y el investigador se crea una situación de iteración activa, de diálogo y de negociación.

- Es flexible, los participantes y el investigador avanzan y progresan según van surgiendo los acontecimientos.

- Es un proceso colectivo (se realiza en grupo por las personas implicadas). Participar implica adquirir conocimiento más objetivo de la situación, analizar con más precisión sus problemas, descubrir los recursos de que disponen, formular las acciones pertinentes. La Figura 2 muestra gráficamente el trabajo colectivo y de colaboración entre investigador y participantes.

- Crea comunidades autocríticas de las personas que participan.

- El investigador es un participante comprometido y que a la vez que conduce el grupo aprende del proceso de investigación.

- Entre la investigación y la acción existe una iteración permanente. La acción es fuente de conocimiento y la investigación constituye en sí una acción transformadora.



Figura 2. Lo esencial del trabajo colectivo y de colaboración en la investigación participativa. Fuente: Kemmis et McTaggart (1988, p. 19).

#### **4. TIPOS DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN**

De la misma forma que existen múltiples definiciones para la investigación-acción, también aparecen en la literatura infinidad de tipos y de nomenclaturas: investigación colaborativa (Bray et al., 2000; Lieberman, 1986), investigación-acción (Stringer, 2008), investigación-acción participativa (Kemmis y McTaggart, 1988, 2000),

ciencia-acción (Argyris y Schön, 1978), investigación cooperativa (Heron y Reason, 2006), investigación apreciativa (Cooperrider, Whitney y Stavros, 2008), entre otras.

Existen también varias clasificaciones de investigación-acción. Por ejemplo, Latorre et al. (1996) clasifica la investigación-acción según dos líneas tipológicas: una basada en el modelo lewiniano y otra en la escuela inglesa. Según la línea del modelo lewiniano existen varios tipos de investigación-acción: la investigación-acción diagnóstica, la investigación-acción participativa, la investigación-acción empírica y la investigación-acción experimental.

Según la línea de la escuela inglesa, los tipos de investigación-acción son: la investigación-acción técnica, la investigación-acción práctica y la investigación-acción crítica (Wilson et al., 2006).

Por su parte, Reason (1994, 1998) clasifica la investigación-acción en tres tipos: la investigación cooperativa, la investigación-acción participativa y la ciencia-acción. La investigación cooperativa proviene del campo de la psicología humanista. Este tipo de investigación defiende que las personas pueden, con ayuda, elegir de qué manera quieren vivir su vida, libres del estrés del condicionamiento, y de las costumbres sociales restrictivas. Las normas abiertas y la comunicación auténtica son la base de este tipo de investigación. Según Reason (1994, 1998), John Heron (1996) fue el primero en realizar este tipo de investigación.

El segundo tipo de investigación-acción es la investigación-acción participativa. Tiene como objetivos: (a) la producción de conocimientos y de acción de un grupo de personas y (b) l'*empowerment* de las personas para construir y utilizar sus propios conocimientos. Este tipo de investigación enfatiza sobre los aspectos políticos de la producción de conocimiento. También se basa en la crítica reflexiva. Para Reason (1994, 1998), Tandon (1981) y McTaggart (1991, 1997) son, entre otros, los efensores de este tipo de investigación. Cabe también destacar a Freire (1990) y a Fals Borda (1985, 2001) como seguidores de esta línea de investigación.

La ciencia-acción es el tercer tipo de investigación-acción. Ha sido básicamente desarrollada por Argyris y Schön (1974, 1978). Este tipo de investigación se interesa en el desarrollo de una acción efectiva que pueda contribuir a la transformación de las organizaciones y las comunidades. Su perspectiva central es la identificación de teorías que los actores utilizan para guiar sus acciones.

Según Reason (1994, 1998), es bastante difícil de identificar las diferencias entre estos tres tipos de investigación-acción ya que poseen característica comunes (el cambio en la acción, el empowerment de los participantes, la valoración de sus conocimientos y experiencia, la capacidad de autocrítica y autoreflexión de las personas, entre otras). En un intento por buscar las diferencias entre estos tres tipos de investigación, este autor considera que, posiblemente, la diferencia entre ellas está en relación con la población a la que representan. La investigación cooperativa

estaría más relacionada con un grupo de personas, la investigación-acción participativa con la comunidad o el lugar de trabajo y la ciencia-acción con el individuo. Pero como Reason afirma, esto resulta una simplificación excesiva ya que cada una se solapa con las demás.

## **5. DEFINICIÓN DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA**

La investigación-acción participativa es el tipo de investigación-acción más utilizada en el ámbito de la salud, sobretodo por los profesionales de enfermería. Se considera que el aumento en el número de investigaciones que utilizan este tipo de metodología es debido a:

- (1) su método natural, humanista (Holter y Schwartz-Barcott, 1993; Webb, 1989; Hyrkäs, 1997),
- (2) su carácter participativo y colaborativo (Breda, Anderson, Hansen, Hayes, Pillion y Lyon, 1997; Abad, Delgado-Hito y Cabrero, 2010; Molzahn y Sheilds, 1997; Nolan y Grant, 1993; Sheehan, 1990),
- (3) sus similitudes con las etapas del proceso enfermero (Lauri, 1982),
- (4) su capacidad en poder combinar teoría, investigación y práctica (Holter y Schwartz-Barcott, 1993; Greenwood y Levin, 1998; Kerr, 1996);
- (5) su poder en disminuir la separación entre teoría y práctica (Tierney y Taylor, 1991) y (6) su capacidad para implementar la evidencia en la práctica clínica (Munten et al., 2010).

La mayoría de investigaciones enfermeras donde la investigación-acción participativa ha sido utilizada, el objetivo principal ha sido producir cambios (modificación o innovación) de la práctica profesional o de los usuarios de los servicios sanitarios (pacientes, familias y comunidad). En este sentido, este tipo de investigación tiene un gran poder para la obtención de cambios por tres motivos principales:

1. La valoración de los conocimientos y experiencia del profesional o de los usuarios que han sido ignorados y no reconocidos por la investigación tradicional (Kemmis y McTaggart, 1988; Reason, 1994; Sarri y Sarri, 1992; Stringer, 2008). En efecto, los conocimientos de los profesionales/usuarios han estado escondidos dentro del discurso científico de la racionalidad, la objetividad y la verdad y han negado los conocimientos subjetivos o intuitivos de las personas. Según Offredi (1981), el saber está incluido en la práctica cotidiana y el reconocimiento mutuo de los saberes puede permitir la producción de un saber colectivo. En el mismo sentido, McTaggart (1991) considera que esta metodología facilita la transmisión de conocimientos

que provienen de la experiencia. La reflexión individual y colectiva de este tipo de investigación permite un intercambio entre los diferentes niveles de conocimiento de un mismo lugar de trabajo o comunidad. Este proceso puede también generar conocimientos nuevos y colectivos que provienen de la colaboración y son compartidos entre los miembros del grupo y verificados en la práctica o en la vida cotidiana (Stringer, 2008). Por tanto, es indispensable la valoración de conocimientos prácticos para producir cambios porque los protagonistas utilizan su experiencia y su *expertise* para decidir qué elementos nuevos se han de implementar en su práctica cotidiana.

2. La capacidad de dar poder (*empowerment*) a los profesionales o usuarios de los servicios sanitarios (Bellman, 1996; Kemmis y McTaggart, 1988; Meyer, 2000; Stringer, 2008; Titchen y Binnie, 1993; Webb, 1990, 1991; Whyte, 1989, 1991). Favoreciendo el empoderamiento en los profesionales, pacientes o comunidad, ellos mismos son capaces de crear cambios lo que provoca una mayor implicación y responsabilidad hacia el grupo y una mayor confianza en sí mismo.
3. La función educativa o de aprendizaje (Finn, 1994; McTaggart, 1991; Webb, 1989; Whyte, 1991). En efecto, este tipo de investigación conlleva que los profesionales o usuarios de los servicios sanitarios puedan aprender a examinar, evaluar y a reflexionar sobre sus prácticas o hábitos (Bellman, 1996; Kemmis y McTaggart, 1988; Ramudu, Bellet, Higgs, Latimer y Smith, 1994; Sarri y Sarri, 1992). Las personas también aprenden a desarrollar su creatividad (Finn, 1994; Lauri, 1982), la colaboración, la negociación y el diálogo. El proceso de investigación-acción participativa también conduce a los profesionales o usuarios a desarrollar un sentido crítico hacia su trabajo/actividades cotidianas y hacia la manera en la que este se realiza, a utilizar una metodología diferente (Kerr, 1996), a aumentar su capacidad de distinguir y de hacer juicios (Elliott, 1991; Webb, 1990) y a buscar alternativas a sus necesidades (Pearcey et Draper, 1996).

## 6. MODELOS DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA

En la literatura existe infinidad de modelos de investigación-acción participativa. Lo interesante sería conocer algunos de ellos y saber cual se ajusta más a la problemática que se quiere estudiar. Algunos ejemplos de modelos de investigación-acción participativa podrían ser (Lavoie y coll., 1996): (1) El modelo “Ford Teaching Project” (Elliott y Adelman, 1973); (2) El modelo australiano de “Action Research Planner” (Kemmis y McTaggart, 1988); (3) La guía de investigación-acción de Morin y Landry (1992); (4) El modelo de Susman y Evered (1978); (5) El modelo de McKernan (1988); (6) El modelo de Shearon y Brownlee (1990). La Figura 3 muestra algunos de los paralelismos existentes entre diferentes modelos de IAP.

| <b>Susman y Evered.</b><br>Proceso cíclico de la i.-acción. | <b>Goyette y Lessar-Hébert.</b><br>Ciclo espiral de la investigación-acción | <b>Kemmis y McTaggart.</b><br>La espiral de la investigación-acción | <b>McKernan.</b><br>Modelo del proceso temporal de la investigación.                          | <b>Shearon y Brownlee.</b><br>El modelo base de la investigación-acción.             | <b>Checkland.</b><br>Metodología de sistemas flexibles.                                                                             |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico                                                 | Exploración.<br>Enunciado del problema.                                     | Reconocimiento del terreno.<br>Análisis de la situación.            | Definición del problema.<br>Identificación de objetivos.<br>Formulación de ideas e hipótesis. | Justificación de la investigación.<br>Definición del problema.                       | Situación problemática.<br>Expresión y delimitación del problema.<br>Enunciados básicos de los sistemas implicados en la situación. |
| Planificación de la acción.                                 | Planificación del proyecto.                                                 | Planificación.                                                      | Desarrollo del plan de acción.                                                                | Elaboración del plan de acción.                                                      | Concepción y comparación de los modelos conceptuales.<br>Diseño de cambios realizables y deseables.                                 |
| Realización de la acción.                                   | Realización del proyecto.                                                   | Acción y observación.                                               | Implantación del plan de acción.                                                              | Recogida de datos y análisis preliminar.                                             | Implantar cambios.                                                                                                                  |
| Evaluación.                                                 | Presentación del análisis de resultados.                                    | Reflexión                                                           | Evaluación de la acción.                                                                      | Retroacción a los grupos-clientes.<br>Relación entre el diagnóstico y planificación. | Acciones para mejorar la situación problemática.                                                                                    |
| Definición de nuevos conocimientos                          | Interpretación.<br>Conclusión.                                              |                                                                     |                                                                                               | Evaluación.                                                                          |                                                                                                                                     |

Figura 3. Paralelismos entre los modelos de IAP. En Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., y Cabrero García, J. (2010).

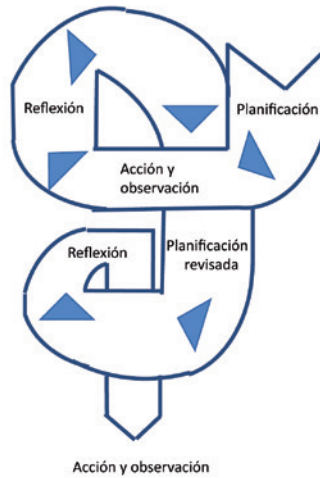


Figura 4. Las espirales de investigación-acción participativa. Fuente: Lavoie, Marquis y Lauri (1996, p. 82). Fuente original: Kemmis y McTaggart (1988, p. 11).

La evaluación de estos modelos permite, a pesar de algunas diferencias, afirmar que todos se inscriben en un proceso de ciclos en espiral. Esta manera de proceder es la propia de un proyecto de investigación-acción participativa el cual busca resolver problemas dentro del medio natural, evaluar los resultados obtenidos y reajustar las formas de hacer para tentar una nueva intervención, hasta finalmente llegar a resolver el problema.

Así, los ciclos de investigación-acción están formados por 4 etapas: la planificación, la acción, la observación y la reflexión. Los ciclos se repiten tantas veces como sea necesario, formando así una espiral. La Figura 4 esquematiza las cuatro etapas del proceso.

## 7. LAS ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA

Centrándose específicamente en el modelo australiano de Kemmis y McTaggart (1988), las etapas de la IAP son las siguientes:

### **A. El reconocimiento del terreno.** (zona negra en la parte superior de la Figura 4).

El objetivo principal de esta etapa es obtener las informaciones necesarias para poder iniciar el proceso de la forma más eficaz posible (Kemmis y McTaggart, 1988). Según Villasante, Montañés y Martí (2000), estas informaciones están relacionadas con el conocimiento del contexto y de la problemática. En esta etapa se ha de tener en cuenta una serie de aspectos y realizar una sucesión de actividades

entre las que se pueden citar: identificar el problema: situación que hay que mejorar o que hay que cambiar; determinar la importancia del problema: ¿es verdaderamente importante solucionar el problema?; reflexionar sobre las posibilidades de intervención: ¿será realista realizar determinadas formas de intervención?; obtener la opinión de las personas que rodean el problema; evaluar el contexto a partir de la documentación existente y de entrevistas a informantes clave (p.ej.: representantes institucionales y asociativos); gestionar la formación del grupo: reclutamiento, delimitación de roles, normas de funcionamiento, entre otras. Para obtener las informaciones necesarias podemos utilizar como técnicas de recogida de datos: la entrevista, la observación, los cuestionarios y los documentos.

## **B. La etapa de planificación**

Esta etapa es la primera del ciclo y tiene como principal objetivo el determinar y preparar la orientación de la acción teniendo en cuenta (Lavoie y coll., 1996): los efectos sobre el medio; los posibles éxitos; la duración de la intervención; las condiciones objetivas (oportunidades y limitaciones físicas y materiales, disponibilidad de recursos, límites de tiempo y espacio, entre otras); las condiciones subjetivas (opiniones, actitudes y valores actuales de las personas que intervienen).

Analizando estos aspectos, el grupo organiza el plan a seguir teniendo en cuenta que éste debe ser lo suficientemente flexible como para ir adaptándolo en caso de imprevistos. A través de este análisis, el grupo es capaz de actuar más eficaz, juiciosa y prudentemente.

Las siguientes preguntas son un ejemplo de aquellas que el grupo puede utilizar para elaborar el plan a seguir: ¿Qué podemos cambiar de esta situación?, ¿Qué podemos realmente hacer?, ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo?, ¿Cuáles serán los posibles impactos de estos cambios sobre el grupo y el entorno?, De las posibles acciones, ¿cuales son las más susceptibles de remediar el problema?

En esta etapa, la negociación y el compromiso de los miembros del grupo son necesarios al igual que la instauración de un proceso de participación, el mantener el interés y la voluntad de implicación del grupo, la búsqueda del consenso, la fijación de las acciones prioritarias a realizar, la preparación de un plan detallado y un cronograma y el determinar la instrumentalización necesaria para la recogida de datos. Una de las técnicas cualitativas de recogida de datos más comúnmente utilizada en esta etapa es el grupo de discusión.

## **C. Las etapas de acción y de observación**

La segunda y tercera etapas del ciclo son la acción y la observación. La etapa de la acción tiene como objetivo poner en práctica las acciones decididas en la etapa

de planificación. La etapa de la observación tiene como objetivo documentar los efectos de las acciones implementadas. En estas etapas, el grupo debe realizar las siguientes actividades: asumir e implementar las acciones descritas en el plan; anotar todo lo que es susceptible de servir posteriormente en el análisis de la situación y la toma de decisiones; tener en cuenta los conflictos y las consecuencias de la acción; organizar los datos de tal forma que se puedan analizar, interpretar y explicar y también poder tomar una decisión en relación con la acción.

Las técnicas de recogida de datos más frecuentemente utilizadas en estas etapas son: la observación sistemática o participante (posibilidad de utilizar una guía), diario de campo (descripción-análisis) y vídeos.

#### **D. La etapa de reflexión**

La etapa de reflexión es la última aunque, si la problemática lo requiere, podemos iniciar un segundo ciclo por lo que después de esta etapa volveremos a empezar con la etapa de planificación (replanificación) iniciando así un segundo ciclo.

Esta etapa tiene como objetivos: evaluar las acciones implantadas, evaluar el proyecto y evaluar el proceso. La reflexión busca dar un sentido al proceso, a los problemas encontrados, a las fuerzas y a los límites manifestados en la acción elegida (Kemmis y McTaggart, 1988). La Tabla 1 presenta algunos ejemplos de preguntas que pueden ayudar al grupo en esta etapa de reflexión.

Tabla 1. Guía para la reflexión.

Preguntas basadas en la guía «Como planificar la investigación-acción» de Kemmis y McTaggart (1988).

- ¿Cuál ha sido la percepción de lo ocurrido?
- ¿Cómo se ha desarrollado la acción comparativamente a la planificación?
- ¿Cuál pensáis que ha sido la percepción de los otros?
- ¿Cuáles han sido los efectos previstos/imprevistos?
- ¿Cuáles han sido los problemas de vuestras observaciones?
- ¿Cuáles han sido las limitaciones? ¿Por qué?
- ¿El contexto de vuestro trabajo ha cambiado?
- ¿Cuáles han sido los cambios?
- ¿Cuáles han sido las contradicciones más importantes? ¿Por qué?
- ¿Qué puntos de resistencia han encontrado?
- ¿Qué se puede hacer a partir de ahora?
- ¿Qué nuevos cambios se deben hacer?
- ¿Cuál sería la re-planificación más adecuada/realista?
- ¿Os gustaría discutir de otros aspectos?

La comunicación y la discusión entre los miembros del grupo son esenciales ya que favorecen la reflexión a partir de los diferentes puntos de vista. Para Schön (1994), las personas pueden reflexionar sobre lo que sienten sobre una situación que le ha llevado a adoptar una particular línea de conducta, sobre la manera en que ellas se han puesto a formular un problema que intentan solucionar o sobre el rol que ellas han adoptado dentro del conjunto institucional. Para este autor, la reflexión nos hace capaces de criticar, testar y reestructurar nuestra manera de ver las cosas.

Las principales actividades que se realizan en esta etapa son las siguientes: discutir, intercambiar y reflexionar sobre lo que ha ocurrido; sintetizar sobre lo que se ha dicho, lo que se ha hecho y lo que se ha vivido; consultar el plan inicial; revisar logros y limitaciones; extraer las conclusiones y redactar un informe. La técnica de recogida de datos normalmente utilizada en esta etapa es el grupo de discusión.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Actualmente, nuestras organizaciones sanitarias han adquirido una extremada complejidad y su comprensión se vuelve cada vez más inminente. Estamos llamados a ser investigadores de nuestra práctica profesional. El entendimiento de cómo las estructuras y roles sociales pueden jugar el papel de barreras en las organizaciones está impregnado de la tradición crítica impulsada por Habermas, el cual reprocha a instituciones docentes y asistenciales su totalitarismo y hegemonía.

La IAP es un método que se utiliza desde hace varias décadas en disciplinas como la educación o la sociología sin embargo es un método emergente en el ámbito de la salud en España. Probablemente la clave de la importancia y el potencial de la IAP es que, tal y como defiende Lewin, los cambios son más efectivos cuando los miembros de los grupos se implican en los procesos y toman parte colectivamente en las decisiones sobre los cambios oportunos. Además, este método integra el conocimiento y la acción; no hay que esperar a que tras producir el conocimiento se produzca la traslación de éste a la práctica. De hecho, la IAP convierte la práctica en objeto de investigación, de manera que conocer y actuar forman parte de un mismo proceso exploratorio.

El potencial de la investigación-acción participativa en el ámbito sanitario es evidente. En nuestro contexto, investigadores, gestores y profesionales sanitarios deberían tener en cuenta este método cuando su centro de interés es el cambio o la evaluación de las prácticas, protocolos o programas profesionales y de las prácticas de los usuarios en relación a su salud-enfermedad además de interesarse por la búsqueda de solución a problemas, la comprensión de las prácticas locales o comunitarias o la mejora de una situación profesional o de salud y, finalmente, la emancipación, la liberación o la transformación de las personas más vulnerables sobre todo en temas de relaciones de poder y de género.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., & Cabrero García, J. (2010). La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Revista de Investigación y Educación En Enfermería*, 28(3), 464-474.
- Argyris, C. et Schön, D. (1974). *Theory in practice*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Argyris, C. et Schön, D. (1978). *Organizational learning : a theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bellman, L. (1996). Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 129-138.
- Bray, JN., Lee, J., Smith, LL., Yorks, L. (2000). *Collaborative inquiry in practice*. London: Sage.
- Breda, K.L., Anderson, M.A., Hansen, L., Hayes, D., Pillion, C., & Lyon, P. (1997). Enhanced Nursing Autonomy through Participatory Action Research. *Nursing Outlook*, 45 (2), 76-81.
- Bunning, C. (1995). Professional development using action research. Conference Home Page. <<http://www.mcb.co.uk/services/conferen/nov95/ifal/paper1.htm>>.
- Carr, W., & Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research*. London: Falmer Press.
- Choudhry, UK., Jandu, S., Mahal, J., Singh, R., Sohi-Pabla, H., Mutta, B. 2002. Health promotion and participatory action research with South Asian women. *J Nurs Sch*, 34(1): 75-81.
- Cooperrider, D.L., Whitney, D. & Stavros, J.M. (2008). *Appreciative Inquiry Handbook* (2nd Ed.). Brunswick, OH: Crown Custom Publishing.
- Delgado-Hito, P. (2000). *La modification des pratiques infirmières par la réflexion : une recherche-action participative à Barcelone*. Tesina no publicada, Université de Montréal, Montréal.
- Delgado-Hito, P. (2012). Métodos de la investigación cualitativa. In M. T. Icart Isern & A. M. Pulpón Segura (Eds.), *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis* (pp. 97-105). Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Delgado-Hito, P., Gastaldo, D. (2006). Avaliação participativa da assistência em enfermagem em uma unidade de cuidados intensivos na Espanha. Da reflexao à mudança nas práticas do cuidado. En : Bosi ML, Mercado FJ (eds.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Delgado-Hito, P., Sola, A., Mirabete, I., Torrents, R., Blasco, M., Barrero, R., Català, N., Mateos, A.i Quinteiro, M. (2001). La modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación acción participativa. *Enfermería Intensiva*, 12 (3): 110-126.

- Elden, M., & Chisholm, R.F. (1993). Emerging Varieties of Action Research: Introduction to the special issue. *Human Relations*, 46(2), 121-141.
- Fals Borda, O. (1985). Conocimiento y Poder Popular. Bogotá: Siglo XXI.
- Fals-Borda, O. (2001). Participatory action research in social theory: Origins and challenges. In P. Reason & H. Bradbury (Eds). *Handbook of action research: Participatory inquiry and practice* (pp.27-37) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Finn, J.L. (1994). The Promise of Participatory Research. *Journal of Progressive Human Services*, 5 (2), 25-42.
- Freire, P. (1990). *La naturaleza Política de la Educación. Cultura, Poder y Liberación*. Barcelona: Paidós.
- Galvin, K., Andrewes, C., Jackson, D., Cheesman, S., Fudge, T., Ferris, R. & Graham, I. (1999). Investigating and implementing change within the primary health care nursing team. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1), 238-247.
- Gélinas, A., Brière, R. (1985). *La recherche-action: ses méthodes, ses outils conceptuels et son cadre d'analyse (recension des écrits), Tome 1. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, (n° RS927A84)*.
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme*. Tesis no publicada, Université de Montréal, Montréal.
- Greenwood, D.J., & Levin M. (1998). *Introduction to Action Research. Social Research for Social Change*. London: SAGE.
- Hall, B.L. (1981). Participatory Research, Popular Knowledge and Power: A Personal Reflection. *Convergence*, XIV (3), 6-19.
- Heron, J. & Reason, P. (2006). The Practice of Co-operative Inquiry: Research 'with' rather than 'on' people. In Reason & H. Bradbury (Eds.). *Handbook of Action Research*, pp. 179-188. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hills, M., & Mullet, J. (2002). Enhancing Nursing Health Promotion through Cooperative Inquiry. In L.E. Young & V. Hayes (Eds.), *Transforming Health Promotion Practice. Concepts, Issues, and Applications*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Holter, I.M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18, 298-304.
- Kemmis, S. (1988). Action Research in retrospect and prospect. In Kemmis, S., & McTaggart, R. *The Action Research Reader*, 3ème ed. (p. 27-37). Australia: Deakin University Press.
- Kemmis, S. (1993). Action research and social movement: A challenge for policy research. *Education Policy Analysis Archives*. <<http://olam.ed.asu.edu/epaa/v1n1.html>>.

- Kemmis, S., McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3 ed.). Australia: Deakin University Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). Participatory Action Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2th ed., pp. 567-605). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Kerr, D. (1996). The use of action research as an appropriate method of introducing and evaluating change in nursing care in an accident & emergency unit in Durban. *Curationis*, 19, 12-16; 7-12.
- Kite, K. (1995). Changing mouth care practice in intensive care: implications of the clinical setting context. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11, 203-209.
- Latorre, A. (2003). La investigación acción y el cambio organizacional. En: Joaquín G., Carme A. Estrategias de formación para el cambio organizacional. Barcelona: EDO.
- Lavoie, L., Marquis, D., et Laurin, P. (1996). La recherche-action: Théorie et pratique. Sainte-Foy: Presses de l'Université de Québec.
- Lewin, K. (1946). "Action research and minority problems". *Journal of Social Issues*, 2 (4): 34-36.
- McKernan, J. (1988). The Countenance of Curriculum Action Research Traditional, Collaborative and Emancipatory-Critical Conceptions. *Journal of Curriculum and Supervision*, 3 (3), 173-200.
- McTaggart, R. (1991). Principles for participatory action research. *Adult Education Quarterly*, 41 (3), 168-187.
- McTaggart, R. (1997). *Participatory Action Research*. London: New York Press.
- Meyer, J. (2000). Using qualitative methods in health related action research. *British Medical Journal*, 320, 178-181.
- Morin, A. (1992). *Recherche-action intégrale et participation coopérative*. Ottawa: Éd. Agence d'ARC.
- Munten, G., Van den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., & Bongers, I. (2010). Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(3), 135-57.
- Nichols, R., Meyer, J., Batehup, L., & Waterman, H. (1997). Promoting action research in health care settings. *Nursing Standard*, 11 (40), 36-38.
- Nolan, M., & Grant, G. (1993). Action research and quality of care: a mechanism for agreeing basic values as a precursor to change. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 305-311.
- Quintana, J.M. (1986). *Investigación participativa: educación de adultos*. Madrid: Narcea.
- Ramudu, L., Bellet, B., Higgs, J., Latimer, C., & Smith, R. (1994). How effectively do we double staff time?. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11 (3): 5-10.

- Reason, P. (1994). *Participation in human inquiry*. London: Sage publications.
- Reason, P. (1998). Three Approaches to Participative Inquiry. In Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. *Strategies of Qualitative Inquiry* (chap. 10, p. 261-291). London: Sage Publications.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001). *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. London: SAGE.
- Retsas, A. (1994). Problematic telephone orders: empowering nurses through action research. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11 (2), 19-27.
- Sarri, R., & Sarri, C. (1992). Participatory action research in two communities in Bolivia and the United States. *International Social Work*, 35, 267-280.
- Stringer, E. (2008). *Action research in education*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Villasante, T.R., Montañés, M, Martí, J. (2000). *La investigación social participativa*. Madrid: El Viejo Topo.
- Webb, C. (1991). Action research. In DFS Cormack éd., *The Research Process in Nursing* (chap. 17, p. 155-165). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Whyte, W.F. (1991). *Participatory Action Research*. London: SAGE Publications.
- Wilkinson, E., Elander, E., & Woolaway, M. (1997). Exploring the use of action research to stimulate and evaluate workplace health promotion. *Health Education Journal*, 56, 188-198.
- Wilson V., McCormack B. Critical realism as emancipatory action: the case for realistic evaluation in practice development. *Nurs Philos*. 2006; 7(1): 45-57.



## **CAPÍTULO 3**

### **EL MÉTODO DELPHI**

**MERCEDES GUILABERT MORA**  
Universidad Miguel Hernández

#### **INTRODUCCIÓN**

La investigación cualitativa, como cualquier otra técnica de investigación, presenta toda una serie de ventajas frente a otras técnicas y como sucede como en cualquier otra metodología, requiere de un conjunto de supuestos previos para poderlas utilizar, al tiempo que como toda técnica tiene también sus limitaciones. Así, la investigación cualitativa, no responde a cualquier pregunta o a cualquier tipo de estudio. Se debe llevar a cabo utilizando la metodología adecuada que va desde la selección de los sujetos hasta la interpretación de los datos.

Dentro de las técnicas de investigación cualitativa se incluyen las denominadas técnicas de consenso con las que se busca analizar una realidad alcanzando un grado de acuerdo en temas de interés, sobre los que no se dispone de información concluyente. Así, cuando se realizan estudios de tipo cualitativo, resulta aconsejable trabajar con diferentes grupos de participantes, ya que no se basan en muestreos al azar sino que se buscan expertos, profesionales que tengan un amplio conocimiento sobre el tema junto con experiencia destacada en el mismo. Así, este tipo de técnicas permiten comprender situaciones e interpretar los fenómenos dentro de su contexto natural, dando protagonismo a las experiencias y opiniones de los participantes.

Por otra parte, las técnicas de consenso permiten obtener unos estimadores cuantitativos a partir de estrategias cualitativas, determinando de esta forma el grado de acuerdo existente entre los participantes con respecto al tema propuesto. La técnica delphi es una técnica que no requiere la presencia de los expertos. Esta técnica recibe este nombre por el oráculo Delfos en la antigua Grecia, a través del cuál se realizaban predicciones sobre el futuro. La aplicación de la técnica comenzó en los años 50 con fines militares y su desarrollo como técnica se produjo a través de la Rand Corporation. Tuvo importantes desarrollos en los años sesenta y setenta y se ha seguido utilizando y aplicando con diferentes fines en el momento actual. La técnica se orienta fundamentalmente a la obtención de respuestas consensuadas por parte de los expertos y a partir de la misma se han desarrollado otro tipo de variantes.

Se trata de un procedimiento de predicción de carácter cualitativo, donde personas expertas sobre determinado tema, sin relación entre sí y que no están físicamente reunidas, contestan a una secuencia de preguntas, ítems o cuestionarios.

Se realiza contactando con los participantes a través de un cuestionario que puede estar disponible bajo diferentes formatos. Tradicionalmente este cuestionario se ha editado en papel y distribuido por correo electrónico. Con la introducción de las nuevas tecnologías y de Internet, el mismo se lanzaba a través de correo electrónico rellenándose de esta forma el cuestionario como documento adjunto. Con las plataformas virtuales y encuestas online se ha logrado que la técnica Delphi resulte cada vez mucho más dinámica. La técnica consiste en realizar varias rondas de priorización (denominadas olas) de los ítems a valorar. De esta forma se facilita lograr el consenso entre puntos de vista dispares sobre unos mismos elementos. La utilización de técnicas informáticas como el correo electrónico y una aplicación informática que gestiona todos los datos, están simplificando este trabajo (tiempos de respuesta, menor tarea administrativa...). Las ventajas que aporta esta técnica van desde el anonimato de los participantes, el feedback de respuesta controlado de lo que vienen a ser los participantes, la respuesta del grupo y todo lo que viene a ser la experiencia de los componentes del grupo.

### **¿QUÉ OBJETIVOS SE PERSIGUEN CON ESTA TÉCNICA?**

Esta técnica se puede aplicar a diferentes situaciones en las que se pretenda llegar a un cierto consenso: problemas complejos, situaciones inciertas en las que se necesita llegar a un cierto grado de acuerdo, a priorizar o pronosticar hechos futuros (recordar que se trata de una técnica prospectiva), temas que requieren un análisis profundo y fundamentalmente temas que no requieren una solución inmediata y de ahí las diferentes rondas de participación.

Recordar además la conveniencia de utilizar la técnica cuando existe cierta dificultad para reunir a los expertos.

## **METODOLOGÍA DE APLICACIÓN**

El procedimiento habitual empieza por delimitar cuál es el problema o cuál es el tema a tratar, a partir de aquí se hace una selección de los expertos más adecuados para poder hacer las correspondientes valoraciones sobre el tema o incluso incluir/añadir nuevas ideas. La selección de los expertos participantes se realiza basándose en sus conocimientos, o experiencia en el tema. También suelen considerarse expertos personas implicadas en el asunto del que se trata, y en su caso personas responsables de la aplicación de medidas que se deriven del resultado obtenido.

De forma habitual, el procedimiento sigue estas fases:

1– En primer lugar el equipo coordinador-investigador **prepara un cuestionario** dónde plantea diferentes preguntas sobre el tema en cuestión.

2– **El cuestionario se envía a los expertos en una primera ronda** u oleada de participación.

Para la correcta aplicación de esta técnica se selecciona en primer lugar, un número de expertos superior a 20. A dichos expertos se les invita a opinar libremente y en privado (sin contacto de unos con otros) sobre un tema particular.

3– **Los expertos responden y remiten sus respuestas al equipo investigador.** Una vez se reúnen todas las respuestas se procede al análisis de los datos, utilizando en este caso técnicas estadísticas (media, frecuencias y coeficiente de variabilidad). Típicamente, los expertos opinan sobre cuestiones identificadas en una fase previa del estudio en sucesivas rondas. Lo más habitual es realizar entre 2 y 3 olas. En cada una de ellas se pueden tomar diferentes criterios de selección:

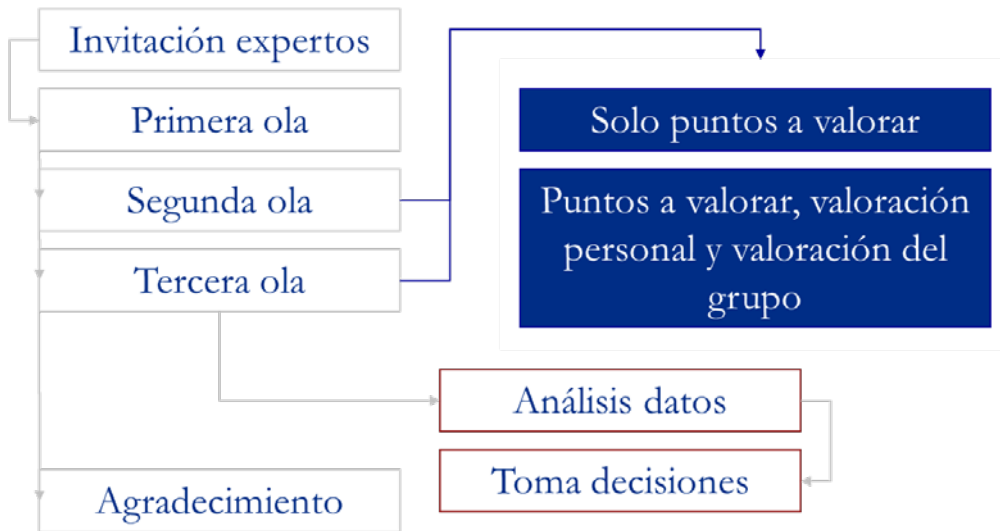
- Seleccionar sólo para la siguiente consulta los aspectos sobre los que existe un mayor acuerdo entre los expertos.
- Seleccionar para la siguiente consulta los aspectos sobre los que no existe acuerdo para intentar ver hasta qué punto estos aspectos se tienen que descartar para siempre.

4– **Los resultados siempre son remitidos de nuevo hasta alcanzar el consenso en las sucesivas olas.** Esto les permite analizar el lugar que ocupan respecto al resto del grupo y reconsiderar su posición. Junto a estos resultados en muchas ocasiones se adjuntan nuevas preguntas propuestas como sugerencias a valorar por los expertos.

5– **Este proceso se suele repetir tantas veces como se considere necesario** y termina cuando se obtiene una cierta estabilidad en las respuestas de los expertos participantes o cuando haya cumplido el tiempo previsto o el número de cuestionarios que previamente el equipo investigador ha anunciado a los expertos.

**Las valoraciones se realizan siempre de forma autónoma, anónima y confidencial.** Es importante que después de la participación de los expertos se les informe de los resultados. Para poder llevar a cabo esta técnica, actualmente contamos con aplicaciones informáticas que generan de forma automática los mensajes de las sucesivas olas, así como el soporte informático para que los participantes puedan contestar cada una de las sucesivas olas.

El procedimiento sigue las fases siguientes:



## PRINCIPALES RECOMENDACIONES

**1– Resulta fundamental que los expertos que participen en esta técnica no tenga n contacto entre sí** durante las diferentes oleadas de participación. En ningún caso se llega a saber qué respuestas corresponden a cada experto participante. Se intenta controlar de esta forma los efectos indeseables que ejercen ciertos sujetos o el grupo sobre sus miembros.

**2– El análisis de las respuestas se ha de realizar mediante técnicas descriptivas estadísticas**, con el fin de poder valorar los datos normativos a través de los valores medios y la variabilidad y dispersión de las puntuaciones en las respuestas.

**3– Es importante que exista un proceso de feedback continuo.** Por ello, con cada nueva oleada de participación, el coordinador o investigador debe enviar las puntuaciones otorgadas por el grupo así como sugerencias o cuestiones que el grupo considere que han de formar parte de la nueva oleada de participación. Todas las puntuaciones o sugerencias aportadas se realizarán de forma anónima.

4– Debe ser un **proceso iterativo**, se solicita la opinión de los expertos en distintas ocasiones y de forma sucesiva. De esta forma los expertos tienen conocimiento de los resultados obtenidos en la fase anterior y tienen la oportunidad de reconsiderar su posición original. Al realizar las distintas oleadas de participación, repitiendo las mismas cuestiones, es habitual que tenga lugar un proceso en el que las opiniones vayan convergiendo y estabilizándose, llegados a este punto todo indica que la técnica Delphi debe finalizar.

5– Se recomienda que **el grupo de expertos esté compuesto por un número amplio de personas**, si bien cuando se supera la cifra de 50 no parece que se aporte más información y se hace el proceso mucho más lento y complejo.

6– Es preferible que las **oleadas de participación sean menores a 3**, continuar haciendo rondas de participación vendrá determinado por el hecho de que en determinada ronda se obtenga la suficiente información o si las respuestas apenas muestran variaciones.

7– El tiempo estimado puede ir desde días, hasta semanas o incluso meses.

## **VENTAJAS E INCONVENIENTES**

### **Ventajas:**

1. Se trata de una técnica cualitativa de consenso que permite contar con expertos que están muy distantes entre sí

2. No existe contacto entre los expertos participantes, por lo que no se producen efectos de liderazgo o dominancia por parte de otros expertos participantes. Además las personas más inhibidas tienen las mismas oportunidades de participar.

3. Se permite en esta técnica, a diferencia de otras técnicas cualitativas la oportunidad de poder hacer propuestas mucho más exhaustivas, más preguntas y además realizarse sin restricciones de tiempo.

4. Los investigadores o coordinadores del estudio no necesitan tener una formación específica en grupos de discusión o cualitativos presenciales puesto que no se está trabajando de forma física con el grupo.

### **Inconvenientes:**

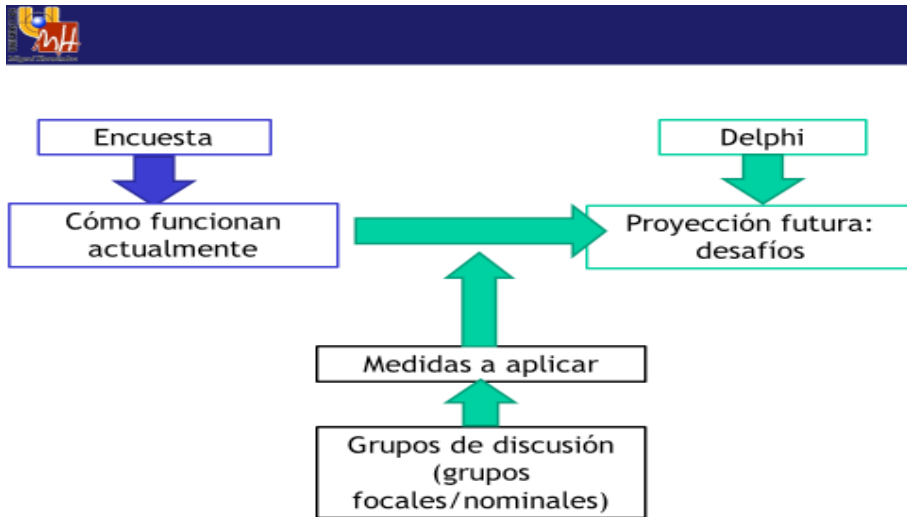
1. Se pierde toda la riqueza de la interacción grupal al estar los expertos distantes entre sí.

2. Se requiere contar con los medios adecuados para enviar y recibir de forma segura la información.

3. Requiere de un tiempo para su realización, dependiendo del medio utilizado para el envío de cuestionarios y sus respuestas.

4. Debido al período de tiempo requerido y a las sucesivas rondas, se suelen producir abandonos.

Las diferentes técnicas pueden combinarse entre sí aprovechando las potencialidades que tienen cada una de ellas. En el siguiente ejemplo se muestran las diferentes técnicas a aplicar para fines diferentes:



## NUEVAS TECNOLOGÍAS: TÉCNICA DELPHI ONLINE

Actualmente el medio utilizado para poder aplicar la técnica Delphi es la versión online u electrónica. Se puede decir que este formato únicamente aporta ventajas, se potencia la rapidez (respecto al tiempo para que los expertos contesten cómo para que puedan obtener feedback sobre sus respuestas), es una ventaja que además no afecta en absoluto a la esencia de la técnica.

Con este formato de la técnica es previsible que se llegue de forma más rápida y eficiente a conclusiones aceptadas por todos los expertos y se pierda un menor número de sujetos que forman parte de la muestra de expertos.

### Ejemplo de estudio

A continuación, se muestra un ejemplo de estudio planteado mediante la técnica Delphi online:

Comenzaremos para presentar este ejemplo, definiendo cuál era el objetivo que se perseguía al aplicar la técnica Delphi, en el caso que nos ocupa se presentaban

un conjunto de medidas sobre el Plan de Calidad Sanitaria de un departamento de salud en dónde los expertos debían valorar hasta qué punto cada propuesta de actuación estaba implantada en su centro. Tras la valoración de las diferentes propuestas los expertos podrían añadir las propuestas o sugerencias que considerasen oportunas. Se presentan a continuación las diferentes pantallas de los expertos que participaron en la primera ola.

Para cada una de las medidas debían contestar en una escala de 0 a 10 dónde:

0 = Nada de acuerdo

10 = Totalmente de acuerdo

1. Una vez definido el cuestionario, los expertos que iban a participar y los objetivos pretendidos con la consulta Delphi se inició la primera oleada de participación, en este caso se aplicaba la técnica de forma online, por la que los expertos recibían en su correo electrónico un usuario y una contraseña para poder participar junto con un correo de invitación y de instrucciones de participación:

*Como ya le informamos el pasado 20 de marzo nos ponemos en contacto con usted para iniciar la puesta en marcha de las acciones básicas del Plan de Calidad Sanitaria.*

*El Plan de Calidad Sanitaria 2014-16 representa el documento estratégico en materia de asistencia sanitaria y evaluación médica de MCMUTUAL. En dicho Plan se definen diversas acciones que promueven el desarrollo y evaluación de las actuaciones de mejora en materia de calidad sanitaria. Son dos los protagonistas esenciales del Plan: los pacientes/usuarios y los profesionales sanitarios implicados en su atención. Antena de calidad se centra en el seguimiento de las opiniones de los profesionales sanitarios.*

*Con esta consulta deseamos conocer su opinión en forma anónima sobre las actuaciones en calidad y seguridad del paciente. Al enviar sus respuestas está aceptando participar en este estudio.*

2. A continuación, con el usuario y contraseña proporcionados, los expertos podían acceder al cuestionario:

ANTENA CALIDAD

|                                       |                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| Usuario                               | <input type="text" value="mguilabert@umh.es"/> |
| Contraseña                            | <input type="password" value="***"/>           |
| <input type="button" value="Entrar"/> |                                                |

3. Una vez identificados, dentro de la plataforma, los expertos podían valorar el grado de acuerdo con las diferentes propuestas que se les planteaba. Es importante que las instrucciones para poder participar estén presentes en la plataforma.

A continuación se presentan un conjunto de medidas sobre el Plan de Calidad Sanitaria en las que ha de valorar en qué medida cada propuesta de actuación está implantada en su centro. Tras la valoración de las diferentes propuestas podrá dejar constancia de las sugerencias que considere oportuno.  
Por favor responda aplicando una escala de respuesta de 0 a 10 donde:  
0 = Nada de acuerdo  
10 = Totalmente de acuerdo

#### Elementos a valorar


**1 - ASPECTOS GLOBALES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

| Pregunta / Question                                                                                                                                         | Puntuación/Score |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1.- En este centro estamos haciendo un buen trabajo.                                                                                                        | - ▾              |
| 2.- Los responsables de mi centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.                                   | - ▾              |
| 3.- Contamos con un plan de calidad y seguridad del paciente que actúa a distintos niveles y que contribuye a una mejor asistencia y evaluación sanitarias. | - ▾              |
| 4.- Cuando se produce un error clínico que alcanza al paciente siempre se le informa.                                                                       | - ▾              |

Grabar puntuaciones / Save  
Sugerir otra idea / Another idea


**2 - EN MI CENTRO:**

| Pregunta / Question                                                                                           | Puntuación/Score |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1.- La historia clínica del paciente está disponible cuando se necesita.                                      | - ▾              |
| 2.- El equipamiento médico funciona adecuadamente, se soluciona cuando precisa reparación o sustitución.      | - ▾              |
| 3.- Los resultados de las pruebas de laboratorio o de imagen necesarias están disponibles cuando se precisan. | - ▾              |

Grabar puntuaciones / Save

4. Una vez se hizo la valoración y contestaron los expertos invitados en el período de tiempo acordado, se obtuvieron los primeros resultados para tomar decisiones sobre los elementos que suscitan más o menos acuerdo y que formarían parte de la siguiente oleada a fin de tener un consenso sobre el objetivo perseguido con el estudio.

Para cada grupo deberá introducir el punto de corte correspondiente, en la casilla situada a la derecha del encabezado de grupo.

| TEXTO                                                                                                                                                     | OJA | RESPUESTAS | MEANA | C.V.                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|-------|-----------------------|
| <b>1 - ASPECTOS GLOBALES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>                                                                                                     |     |            |       |                       |
| 1 En este centro estamos haciendo un buen trabajo.                                                                                                        | 1   | 493        | 8,28  | 0,16                  |
| 2 Cuando se produce un error clínico que alcanza al paciente siempre se le informa.                                                                       | 1   | 473        | 7,63  | 0,27                  |
| 3 Los responsables de mi centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.                                   | 1   | 491        | 7,56  | 0,23                  |
| 4 Contamos con un plan de calidad y seguridad del paciente que actúa a distintos niveles y que contribuye a una mejor asistencia y evaluación sanitarias. | 1   | 489        | 7,47  | 0,24                  |
| <b>2 - EN MI CENTRO:</b>                                                                                                                                  |     |            |       |                       |
| 5 La historia clínica del paciente está disponible cuando se necesita.                                                                                    | 1   | 480        | 9,05  | 0,13                  |
| 6 Los resultados de las pruebas de laboratorio o de imagen necesarias están disponibles cuando se precisan.                                               | 1   | 476        | 8,42  | 0,16                  |
| 7 El equipamiento médico funciona adecuadamente, se soluciona cuando precisa reparación o sustitución.                                                    | 1   | 470        | 6,20  | 0,19                  |
| <b>3 - EN MI CENTRO LOS TRATAMIENTOS QUE APLICAMOS:</b>                                                                                                   |     |            |       |                       |
| 8 Se basan en el conocimiento científico.                                                                                                                 | 1   | 479        | 8,64  | 0,13                  |
| 9 Minimizan esperas y demoras potencialmente perjudiciales.                                                                                               | 1   | 476        | 8,37  | 0,15                  |
| 10 Garantizan unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarró, la sobreutilización o el mal uso de los servicios).                                    | 1   | 478        | 8,28  | 0,18                  |
| 11 Responden a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.                                                               | 1   | 476        | 7,86  | 0,22                  |
| <b>4 - CALIDAD PERCIBIDA</b>                                                                                                                              |     |            |       |                       |
| 12 Valore el nivel de calidad de la asistencia prestada (0= muy mal/ 10=excelente)                                                                        | 1   | 484        | 8,25  | 0,13                  |
|                                                                                                                                                           |     |            |       | Porcentajes Nueva Oja |

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Gil, F. Técnicas para generar ideas y solucionar problemas. En: F. Gil y C.M. Alcover. Técnicas grupales en contextos organizacionales (pp. 146-165). Madrid: Pirámide, 2004.
- Landeta, J. (1999): El método Delphi. Barcelona: Ariel Practicum.
- Mira J.J., Pérez-Jover V., Lorenzo S., Aranaz J., Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria*. 2004; 34(4):161-9.
- Muñoz A. (1994): Métodos creativos para organizaciones. Madrid: Eudema.
- Yañez M.R., Ávila J.A., De Miguel I., Bellver V., Guilabert M., Mira J.J. Estudio Delphi para identificar las competencias en gestión del directivo de enfermería. *Rev Calid Asist* 2016;31(2):113-121.



## CAPÍTULO 4

# ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS, SEMI- ESTRUCTURADAS Y LIBRES. ANÁLISIS DE CONTENIDO

RAQUEL LÁZARO GUTIÉRREZ  
Universidad de Alcalá de Henares

La **entrevista** es una de las **técnicas cualitativas** más utilizadas en la investigación sociológica y, particularmente en los últimos tiempos, ha cobrado una gran importancia en ámbitos como las ciencias de la salud. Es importante **no confundirla con la encuesta**, de la que se diferencia fundamentalmente en que la primera es una técnica cuantitativa mientras que la entrevista es una técnica cualitativa. La entrevista cualitativa genera una oportunidad para comprender los puntos de vista de los participantes en la investigación acerca de sus mundos tal y como son descritos en sus propias palabras.

Habitualmente la entrevista es un **proceso dialógico** entre dos personas, un **entrevistado** y un **entrevistador**. Persigue unos **objetivos concretos**, que se pueden resumir en el deseo del entrevistador de **obtener información** del entrevistado, y una **estructura** que puede reducirse en algunos casos a expresiones mínimas, pero que nunca está del todo ausente.

Mediante la entrevista, el investigador persigue acceder a la **perspectiva** del sujeto estudiado y, así, comprender sus interpretaciones, percepciones y sentimientos, así como su manera de categorizar y de explicar sus actos. Resumiendo, la entrevista se puede definir como:

*Una conversación provocada por el entrevistador, dirigida a un número relevante de sujetos que han sido elegidos en base a un plan de investigación. Tiene una finalidad cognoscitiva y está guiada por el entrevistador sobre la base de un esquema determinado de interrogación.*

De este modo, una entrevista se distingue de una conversación ocasional en que se solicita **explícitamente** por el entrevistador. De hecho, el proceso de **concertar una cita** para realizar una entrevista a veces le lleva un tiempo considerable al investigador.

Por otro lado, el entrevistado no es, habitualmente, un sujeto ocasional, sino que se elige **cuidadosamente** por sus **características** (que haya tenido determinadas experiencias, que pertenezca a una categoría determinada, que desempeñe un cargo concreto, etc. Según el objetivo de la investigación, el **número de entrevistados** varía y, en ocasiones, para poder contar con datos sistematizables, es necesario contar con varias decenas de entrevistados. De este modo, un buen número de entrevistados nos permitirá generalizar nuestros hallazgos.

La conversación que se produce en el seno de una entrevista que se realiza en el marco de una investigación está orientada hacia un **objetivo cognoscitivo**. Esto quiere decir se persigue que el investigador obtenga **información y conocimientos** sobre un aspecto concreto. Esto diferencia este tipo de entrevistas de otras como, por ejemplo, una entrevista terapéutica entre un psicólogo y su paciente, que tiene finalidad terapéutica, o una entrevista de trabajo (que tiene una finalidad evaluadora).

Además, la entrevista se diferencia de un diálogo común entre dos personas cuyos roles como interlocutores están equilibrados en que, en esta ocasión, se trata de una **conversación guiada**. Es el entrevistador el que establece el **tema** y **controla** que el desarrollo de la entrevista responda a los fines cognoscitivos que él se ha marcado. Como veremos más adelante, esta **actitud conductora** del entrevistador se realiza utilizando distintas técnicas y se pueden dar distintos **grados de direccionalidad** (aunque siempre manteniendo la libertad del entrevistado para estructurar su respuesta), que se materializan en los distintos tipos de entrevistas.

## 1. TIPOS DE ENTREVISTAS

Como hemos mencionado en el apartado anterior, podemos distinguir las entrevistas de acuerdo a su **grado de estandarización** (direccionalidad, flexibilidad...), es decir por el diferente grado de libertad o restricción que se concede a los dos actores, al entrevistador y al entrevistado. La entrevista es un instrumento abierto, flexible, adaptable a distintos contextos empíricos, y moldeable a lo largo de la interacción. Según su grado de flexibilidad, podemos distinguir tres tipos básicos de entrevistas: **estructuradas, semi-estructuradas y no estructuradas o libres**.

|                                     |                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Entrevista estructurada</b>      | <b>Hay un preciso guión y orden de preguntas abiertas.</b>                                                                                                  |
| <b>Entrevista semi-estructurada</b> | Hay un conjunto de preguntas y temas a explorar pero no hay una redacción exacta y tampoco un orden de exposición.                                          |
| <b>Entrevista libre</b>             | No hay guión, no hay preguntas y temas predefinidos y tampoco un orden.<br><br>El investigador tiene en su cabeza solamente sus preguntas de investigación. |

### **1.1. La entrevista estructurada**

La entrevista **estructurada** es aquella que se basa en un **guión** de preguntas, fundamentalmente **abiertas** (en contraste con las preguntas que aparecen en un cuestionario, que son principalmente cerradas o de opción múltiple). A todos los entrevistados se les hacen las **mismas preguntas** con la **misma formulación** y en el **mismo orden**. De esta manera el estímulo es igual para todos los entrevistados y se garantiza que la variedad en la disposición de preguntas no altera las respuestas. Los entrevistados, sin embargo, tienen plena **libertad** para manifestar su respuesta. No obstante, el simple hecho de plantear siempre las mismas preguntas y en el mismo orden supone una gran **rigidez** en la dinámica de la entrevista.

Podríamos distinguir tres motivos que inducen al investigador a hacer uso de entrevistas estructuradas en vez de otros instrumentos como las encuestas. Un primer caso está generado por la extrema singularidad de las situaciones, cada una distinta de la otra, que impide la determinación de un exhaustivo arco de respuestas antes de la administración de la entrevista.

Otras veces se escoge esta solución no tanto porque la problemática sea poco conocida para el investigador, sino porque evoca una **complejidad** de dimensiones tal que las respuestas resultan totalmente **imprevisibles** (además de difícilmente sintetizables en pocas palabras).

Por último, en muchos casos la decisión de servirse de la entrevista estructurada se asienta en la **cultura del entrevistado**, poco acostumbrado al lenguaje abstracto. Por ejemplo, determinadas poblaciones como aquellas provenientes de un medio rural o si se pretende entrevistar a niños de 5 a 11 años responden mejor ante preguntas abiertas en una entrevista parecida en forma a una conversación natural, que ante una lista innatural de preguntas con respuestas a escoger de entre un abanico predefinido. Mientras que la comprensión de una pregunta puede ser relativamen-

te sencilla, la comprensión de las alternativas de respuesta puede ser mucho más difícil porque sea necesaria una alta capacidad de **abstracción**. Esto se puede ver agravado por el hecho de que las alternativas de respuestas hayan sido formuladas conforme a categorías mentales alejadas de las del entrevistado.

## 1.2. La entrevista semi-estructurada

La entrevista **semi-estructurada** recolecta datos de los entrevistados a través de un conjunto de **preguntas abiertas**. Para saturar los datos, es decir, para recolectar información suficiente para entender el área de interés, este tipo de entrevista requiere una muestra relativamente grande de participantes.

Para realizar entrevistas semi-estructuradas, el entrevistador dispone de un **guion** que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. Las preguntas del guion se han preparado por parte del entrevistador desde su experiencia personal tras haber realizado una revisión de la literatura. Estas preguntas deben ser abiertas y su número ha de ser mínimo para evitar el flujo de la entrevista.

Además, cuando ya se ha iniciado la entrevista, la conversación se puede plantear como se desee dentro de un mismo tema. Se pueden **incorporar nuevas preguntas** en los términos que se estimen convenientes, se puede **explicar** el significado de las preguntas formuladas, **pedir aclaraciones** al entrevistado cuando no se entiende algún punto o incluso **pedirle que profundice** en algún aspecto introduciendo nuevas preguntas. De este modo, el entrevistador establece un estilo de conversación propio y personal.

Para recolectar cierta clase de datos, la entrevista puede diseñarse como:

- Una **entrevista cultural**: para determinar el conocimiento compartido, reglas, valores y expectativas de un grupo.
- Una **entrevista de tópico**: para aprender más acerca de un cierto evento o tema.
- Una **entrevista de historia oral**: para aprender acerca de un periodo específico desde la perspectiva de la gente que tiene la experiencia de ese tiempo.
- Una **entrevista de historia de vida**: para aprender acerca de los principales acontecimientos de vida de una persona.
- Una **entrevista de evaluación**: para aprender acerca de las perspectivas de los entrevistados en torno a los puntos fuertes y débiles de un programa.

La entrevista semi-estructurada se usa cuando el investigador sabe algo acerca del área de interés, por ejemplo desde una **revisión de la literatura**, pero no lo

suficiente como para responder las preguntas que se ha formulado. Aunque las preguntas están ordenadas, los participantes pueden **responder libremente** en contraste con una encuesta de preguntas cerradas en la que se debe elegir entre unas respuestas predeterminadas.

### **1.3. La entrevista libre**

En la entrevista **no estructurada o libre** ni siquiera el contenido de las preguntas está preestablecido, y puede variar en función del sujeto. La especificidad de este tipo de entrevista está la individualidad de los temas y de su itinerario. El propósito de una entrevista libre es provocar respuestas en profundidad por parte de los participantes. El cometido del entrevistador es sacar, a lo largo de la conversación, los temas que desea abordar. El investigador o entrevistador ha identificado una pregunta de investigación pero conoce poco sobre el área de interés. Por lo tanto, simplemente pide a los entrevistado que cuenten su historia o hablen sobre sus experiencias, y escucha y aprende.

El proceso de la entrevista libre es **no restrictivo** y los participantes tienen el control de la agenda de la entrevista y cómo relacionan sus experiencias. A través de las respuestas de los entrevistados el entrevistador trata de alcanzar la comprensión de sus emociones y conductas tal cual son dichas según su **experiencia**. Este tipo de entrevista es próxima al corazón de la indagación cualitativa porque permite a los participantes usar su propio **lenguaje** para describir totalmente sus experiencias.

El entrevistador, por lo tanto, dejará que el entrevistado desarrolle su visión sobre el asunto y mantenga la iniciativa de la conversación, limitándose a **animarlo** o a incitarlo a **profundizar** cuando toque temas más interesantes. Además, **controlará** la conversación atajando las divagaciones excesivas y vigilando que la entrevista no degenere hacia cuestiones totalmente carentes de conexión con el tema. Idealmente se hace solo una pregunta para animar a los participantes a compartir sus experiencias sin interrupción. Las intervenciones del entrevistador se hacen de manera amable para que el participante no se sienta molesto o dominado.

## **2. TIPOS DE PREGUNTAS**

La **guía de la entrevista** es el listado de preguntas que se prepara el investigador para interrogar al entrevistado. Existen numerosas **clasificaciones** de preguntas. Aquí solo vamos a explorar los tipos más frecuentes en las entrevistas.

En primer lugar es necesario distinguir entre preguntas primarias y secundarias. Las **preguntas primarias** son las que introducen un nuevo tema o bien abren un nuevo interrogante, mientras que las **preguntas secundarias** tienen como finalidad articular y profundizar el tema de la pregunta primaria.

Las **preguntas descriptivas** capacitan al investigador para evaluar el conocimiento de una persona, frecuentemente usando las propias palabras del sujeto. Se consideran cuantitativas, en cuanto a que, en la fase de análisis, se pueden categorizar las respuestas fácilmente y cuantificarlas.

Las **preguntas estructurales** capacitan al entrevistador para descubrir la manera en que la gente discute y relaciona sus conocimientos, opiniones actitudes y atribuciones. Sirven para ver cómo estructura el entrevistado su conocimiento. Este tipo de preguntas pueden ser, por tanto, de atribución, de conducta, de creencias y de actitudes.

Las **preguntas de contraste** proveen al entrevistador de una forma para alcanzar un mejor entendimiento del valor específico de materias que preocupan a los sujetos. Al entrevistado se le presentan dos opciones y se le pide que reflexione sobre ellas. Este tipo de preguntas se basan en una comparación.

**Preguntas abiertas:** El propósito de estas preguntas es permitir a los entrevistados contestar con su lenguaje real. La naturaleza de estas preguntas permite que el entrevistado exprese sus pensamientos, sentimientos y experiencias sin interferencia del entrevistador o de respuestas preestablecidas.

Las **preguntas de presuposición** apuntan a inducir un aumento de significado a medida que la entrevista progresa. Se construyen a partir de un supuesto (una hipótesis) que se verifica y se matiza con la respuesta del entrevistado. Estas clases de preguntas son particularmente útiles cuando las respuestas a preguntas estructuradas son esperadas, ya que el entrevistador presupone que el respondiente tiene algo más que decir. Las presuposiciones sirven para al menos dos funciones (1) estimular a los entrevistados a hablar más y (2) facilitar la conversación.

Las **preguntas de role-playing** se pueden usar también en entrevistas abiertas para situar al entrevistado en un contexto y facilitar, así, la respuesta a una pregunta difícil. Cuando una conversación está en proceso, este tipo de preguntas supone habitualmente un respiro y, en caso de discusión, suelen mejorar la atmósfera de la entrevista, ya que el entrevistado suele experimentar la sensación de ser un experto.

Las **preguntas de seguimiento** se usan habitualmente para ahondar en las respuestas dadas previamente a una pregunta, posiblemente procedente de una encuesta contestada anteriormente. Se pueden desarrollar dos clases de exploraciones: exploración de detalle orientado y exploración de elaboración. Las primeras consisten en preguntas que apuntan a llenar los espacios en blanco de una respuesta, mientras que las segundas, como su propio nombre indica, se orientan a la elaboración y compleción de una respuesta. Son muy útiles cuando el entrevistador no ha entendido alguna de las respuestas del entrevistado. Además, siguiendo a Alonso (1998), encontramos otros mecanismos muy útiles a la hora de obtener información

de nuestro entrevistado. Este autor ordena los tipos de preguntas o mecanismos para obtener información relacionándolos con los actos de habla del entrevistador.

| Actos de habla       | Registro referencial     | Registro modal         |
|----------------------|--------------------------|------------------------|
| <b>Declaración</b>   | Complementación          | Interpretación         |
| <b>Interrogación</b> | Pregunta sobre contenido | Pregunta sobre actitud |
| <b>Iteración</b>     | Eco                      | Reflejo                |

Las **declaraciones** son un acto del habla por el cual el que habla da a conocer su punto de vista y a partir de ahí se genera una pregunta más o menos inquisitorial. Podemos decir que el entrevistador puede realizar este acto de dos maneras: desde un registro referencial, en cuyo caso el enuncia simplemente un hecho sin connotaciones ni intención alguna aparte de la de obtener una respuesta. Por otro lado, esta declaración también se puede hacer desde un registro modal que indica ya una actitud del locutor respecto a lo que se está refiriendo. Habría un juicio de valor implícito o una postura determinada frente a un hecho, con lo cual estaríamos ante una Interpretación.

La **interrogación** una pregunta directa que obliga a dar respuesta. La mayoría de las preguntas de las entrevistas son de este tipo. Si enfocamos estas preguntas desde ambos registros, referencial y modal, obtenemos una pregunta bien sobre el contenido o bien sobre la actitud.

La **reiteración** es la repetición de un punto de vista ya expuesto de manera total o parcial. Si se hace desde un registro referencial dará como resultado una pregunta eco, donde se toma parte del discurso y se subraya su importancia de manera escueta sin connotaciones. En caso de situarnos desde un registro referencial tendríamos una respuesta denominada reflejo.

### 3. PREPARACIÓN

Para planear una entrevista se deben definir los siguientes elementos:

|                           |
|---------------------------|
| <b>Lugar</b>              |
| <b>Momento</b>            |
| <b>Tiempo de duración</b> |
| <b>Entrevistados</b>      |
| <b>Guía o guión</b>       |

Es importante recordar que una entrevista no se desarrolla ni con un cuestionario cerrado ni mediante una charla informal, y que, en la mayoría de los modelos de entrevista se **añaden** durante su transcurso otras preguntas y mecanismos para obtener información.

### 3.1. Entrevistados

Es de suma importancia para la preparación de la entrevista seleccionar cuidadosamente a los **entrevistados** más capaces y dispuestos a dar información relevante. En algunas ocasiones nuestros entrevistados serán parte de un **grupo numeroso**, por lo que tendremos que escoger una muestra representativa en cuanto a su número. Otras veces nuestros entrevistados serán **únicos** por, por ejemplo, ostentar un cargo determinado.

Por lo tanto, cuando seleccionamos los entrevistados debemos plantearnos, en primer lugar, a **cuántos** necesitamos entrevistar y **qué características** deben cumplir. No debemos olvidar pensar en **cuántas veces** vamos a entrevistar a cada entrevistado, ya que deberemos informarle de este detalle y concertar un número de citas suficientes. Esto es particularmente importante si vamos a realizar entrevistas de seguimiento.

Para decidir cuántos y qué características deben poseer los entrevistados debemos tener en cuenta las **variables fundamentales** que distinguen nuestro objeto de estudio y consultar **bases de datos** o **estudios previos** que describa la población de referencia. Para escoger a los entrevistados son especialmente útiles las investigaciones cualitativas antecedentes sobre temas afines al de nuestra investigación.

Una vez tengamos suficiente información seremos capaces de trazar el **perfil** de las personas típicas que pueden ofrecernos la información y conocimiento deseados. Deberemos tener en cuenta que tendremos que incluir varios tipos de personas según los objetivos de la investigación para asegurarnos de que nuestra muestra es amplia y **representativa**.

El **casillero metodológico** es un instrumento muy útil para representar el perfil de los entrevistados. Se trata de un dispositivo muestral que sirve al investigador para hacer operativa una selección de entrevistados que sea suficientemente heterogénea con respecto a variables relevantes. Constituye, en definitiva, una ficha técnica de la entrevista.

En función de los objetivos de nuestra investigación, seleccionaremos **casos que representen a la mayoría** en sentido estadístico (moda), **casos destacados, excelentes o marginales** (tipos polares) o **casos clave**, que corresponden con entrevistados únicos.

Además tenemos que tener en cuenta las **limitaciones** principales que pueden rebajar la disposición y disponibilidad de los afectados. Entre ellas se encuentran la **falta de tiempo**, el **temor** a que la información trascienda y se vuelva en su contra, la **autocensura** y el **trauma** o sentimiento desagradable que se revive el recordar algunas experiencias. A estas se le unen otros tantos limitadores derivados de la incapacidad relativa de la persona entrevistada para comunicar la información. Estos son problemas relacionados con el **olvido**, la **confusión cronológica** y el exceso de **generalización** (falta de concreción en el relato). Tanto unos limitadores como otros han de tenerse en cuenta a la hora de seleccionar a las personas que se va a entrevistar.

Otra de las cuestiones fundamentales es decidir el **tamaño muestral** de nuestro estudio. Para ello seguiremos el principio de la **saturación**. Esto significa que, aunque añadiéramos más entrevistados, no se encontrarían datos adicionales donde el investigador pueda desarrollar propiedades de la categoría. Conforme van apareciendo casos similares una y otra vez, el investigador adquiere la confianza de que una categoría está saturada.

### **3.2. Entrevistador, momento y lugar**

En algunas ocasiones es posible también seleccionar al **entrevistador**. Esta elección se ve condicionada por el tipo de entrevistado. Por ejemplo, si queremos obtener información de un grupo de mujeres árabes sobre sus hábitos sexuales, será imprescindible para el éxito de la investigación que la entrevistadora sea una mujer.

A la hora de escoger el **momento** y el **lugar** tendremos que tener en cuenta factores como la disponibilidad de los entrevistados, encontrar un momento en que ni el entrevistado ni el entrevistador tengan prisa (ni por asuntos de agenda ni por cuestiones más sencillas como que esté próxima la hora de comer o el cierre del edificio donde se produce la entrevista). Normalmente buscaremos un lugar que resulte cómodo para el entrevistado, que cuente con buena iluminación y ventilación y, sobre todo, donde no haya ruido, ya que es conveniente que las entrevistas se graben, al menos, en audio. Dependiendo de la unicidad de nuestro entrevistado, nos plantearemos realizar la entrevista en el lugar que él proponga.

### **3.3. Guion**

La **guía o guion** de la entrevista es el instrumento fundamental que necesitaremos para conducir la entrevista de manera satisfactoria. En este guion incluiremos los elementos imprescindibles de nuestra investigación, que sirven de contexto para la entrevista. El entrevistador decide si le comunica la totalidad de estos elementos a los entrevistados o no, pero, en cualquier caso, es muy importante que los tenga siempre presentes.

En el guion, por lo tanto, se incluirán los **puntos, temas y subtemas** que se van a tratar según los **objetivos** de nuestra investigación, así como un posible **análisis** que se haya hecho previamente del problema sobre el que se va a investigar. En función del tipo de entrevista se podrán incluir en el guion distintos tipos de **preguntas** (ver apartados anteriores), el **orden** en el que se van a preguntar, una lista de **elementos ausentes** en caso de que este realizando, por ejemplo, una entrevista de seguimiento, o una lista de **respuestas**, que bien pueden ser las que haya dado el entrevistado en una encuesta o entrevista previa o sugerencias de respuesta en caso de que nuestra entrevista sea muy estructurada.

Las **áreas temáticas** de nuestra entrevista pueden ser descriptivas o exploratorias. Si son **descriptivas** tratarán del fenómeno concreto que estamos estudiando y se plantearán preguntas sobre hechos concretos. Si son áreas **exploratorias** indagaremos sobre sentimientos, motivaciones, valores, actitudes, etc. Por supuesto, se pueden combinar ambas áreas temáticas. En ese caso, es preferible empezar por las descriptivas para calentar el ambiente y crear un buen clima de confianza.

Pero, ¿cómo conseguimos **elaborar el guion**? Primeramente tendremos que decidir qué **áreas temáticas** debemos incluir en función de nuestro objeto de estudio, y aclarar que están bien definidas y no presentan ambigüedades ni solapamientos en la medida de lo posible. Contar con unas áreas temáticas bien definidas nos ayudará enormemente en la fase de análisis. A partir de las áreas temáticas elaboraremos un listado de **líneas de indagación** y, por cada línea prepararemos unas cuantas **preguntas**.

Al igual que ocurre con las encuestas, es importante **pilotar** las entrevistas por si necesitamos modificar, añadir o eliminar algún elemento, variar el enfoque o encontrar alguna técnica distinta para obtener información. Tras el pilotaje, se introducen las mejoras y se prepara la **versión definitiva**.

#### 4. EJECUCIÓN

El momento de ejecución o desarrollo de la entrevista es clave para cumplir con nuestro objetivo principal: que el entrevistado nos dé información. Para ello, como se ha mencionado anteriormente, es fundamental crear un **clima de confianza** que facilite la **comunicación**, y el entrevistador debe proyectar una **actitud positiva y receptiva**. Además, es importante que el lugar donde se realice, si es ajeno al entrevistado, sea lo más **acogedor** posible (buena iluminación, buena ventilación). No debemos olvidar que, en la mayoría de las ocasiones, **grabaremos** estas entrevistas, por lo que tenemos que procurar que el sitio donde estemos no sea ruidoso y no se produzcan interrupciones.

Al iniciar la entrevista, el entrevistador deberá **presentarse** de manera profesional y **explicar** claramente los objetivos y motivos de la entrevista. Debemos

recordar que se trata de una conversación y no de un interrogatorio, ya que lo que esperamos del entrevistado es que se exprese libremente. Sobre todo si estamos realizando una entrevista libre, será necesario en varias ocasiones que se retomen o **encaucen** los temas con palabras que incentiven y motiven al entrevistado, pero evitando ser adulator.

En realidad, realizar una **buena** entrevista cualitativa es un arte difícil. De hecho, el problema no consiste únicamente en obtener el consentimiento del entrevistado a ser entrevistado y a responder con sinceridad a una serie de preguntas. La parte más difícil está en **hacer hablar** al entrevistado, lograr provocar un **relato fluido** en el que el entrevistador se limite a escuchar y a realizar de vez en cuando alguna pregunta de aclaración o alguna intervención cauta para reconducir la conversación a los temas centrales. En numerosas ocasiones, nuestro objetivo consistirá en conseguir acceder, si no a lo más profundo, al menos al mundo de las emociones y de los sentimientos de la persona entrevistada, a sus más genuinos pensamientos.

De hecho, para obtener la **plena colaboración** del sujeto, el entrevistador debe lograr establecer con él una relación de confianza, no como profesional, sino como **persona**, lo que no resulta sencillo en una relación de límites temporales estrechísimos, que a menudo se agota con un solo encuentro. A estos factores se les suma la asimetría entre entrevistador y entrevistado. La situación se agrava peligrosamente si no hemos preparado el encuentro cuidadosamente, tal y como, desafortunadamente, ocurre en muchas entrevistas.

Es importante que recordemos que la entrevista cualitativa no es una mera obtención de información, sino un **proceso de interacción social** entre dos individuos. Por ello no resulta fácil dar reglas generales de actuación, dado que su modo de desarrollarse está fuertemente influido por componentes subjetivos. Nos limitaremos, pues, a resumir aquí algunas **sugerencias**.

Para que el entrevistado acceda a conceder la entrevista, es necesario ofrecer una serie de **explicaciones preliminares**. En la primera toma de contacto con el entrevistado el problema principal lo constituye su **desconfianza** inicial y su **inseguridad** ante una situación nueva y desconocida. Una vez se ha concedido y se celebra la entrevista este problema se mitiga porque el entrevistado ya tiene conocimientos sobre la investigación y sobre la entrevista en sí. Previamente ha habido un **proceso de acercamiento** (carta de presentación, llamada telefónica solicitando una cita, a veces presentación por parte de un conocido, etc.), lo que es posible gracias al menor número de contactos necesarios en la entrevista cualitativa respecto a la encuesta con cuestionario, lo que permite cuidar más cada caso.

Además, al tratarse, normalmente, de una entrevista en profundidad, es necesario resolver todas las posibles **dudas** y motivos de desconfianza. Por lo tanto, en este caso, el problema con el que nos enfrentamos en el contacto inicial no consiste

tanto en superar la desconfianza del entrevistado como en **hacerle entender** qué es lo que queremos de él. Se tratará de **describirle** explícitamente el objetivo de la investigación, **explicarle** por qué le hemos escogido a él y por qué le haremos determinadas preguntas que pueden ser personales, **justificar** en su caso el hecho de que grabemos la conversación, etc.

Además del tipo de preguntas que se utilizan para obtener información y que se han descrito anteriormente, existe otro tipo: las **preguntas exploratorias**. Una entrevista no consiste simplemente en plantear una determinada pregunta y registrar la correspondiente respuesta. La parte esencial del bagaje técnico del entrevistador está constituida por una serie de instrumentos dirigidos a descubrir y a poner de relieve las **posiciones reales** del entrevistado, incluso las más ocultas y menos explícitas. Una típica intervención en esta dirección consiste en el empleo de las denominadas preguntas exploratorias. Éstas no son verdaderas preguntas, sino **estímulos** que tratan de ser **neutrales** y que tienen como función animar al entrevistado a continuar, a que no esté a la defensiva, a profundizar en la cuestión, a dar más detalles. Se trata de intervenciones caracterizadas por la no directividad, a través de las cuales se intenta hacer hablar al sujeto, limitándose el entrevistador a estimular su iniciativa, sin influir en él, dejando que sea el propio entrevistado quien elija los temas en los que hay que profundizar y la forma de exponerlos, siguiendo el hilo de su razonamiento más que respondiendo a las preguntas.

Podemos distinguir diversas maneras de formular estos estímulos:

**Repetición de la pregunta:** A veces basta con repetir la pregunta, bien formulándola de forma distinta, o bien haciendo hincapié en determinadas palabras.

**Repetición de la respuesta** o de una síntesis de las últimas respuestas (acción «eco»): En este caso se trata de retomar las últimas respuestas del entrevistado, con sus palabras o con una síntesis nuestra, para invitarlo a profundizar en ellas o a aclararlas.

**Recapitulación:** Es una táctica un poco más elaborada que la repetición de la respuesta. Mientras que en la anterior se repetía literalmente o parafraseando, en esta ocasión se realiza un resumen de un fragmento de discurso sensiblemente más largo. El resumen presenta los datos de manera cronológica.

**Estímulo**, expresión de interés (escucha activa): En este caso el entrevistador se limita a manifestar interés, con expresiones verbales o a veces incluso con simples gestos con la cabeza o bien con interjecciones como “a-ha”, en relación a todo lo que el entrevistado está contando. Para señalar su interés el entrevistador puede utilizar también un, “¿sí ...?” interlocutorio, que puede ser suficiente para animar al entrevistado a que prosiga con su narración.

**Pausa o silencio:** A veces dejar pasar algún segundo de silencio, sin preocuparse (por parte del entrevistador) de llenarlo enseguida por temor a crear malestar,

puede favorecer que se genere confianza por parte del entrevistado. Otras veces el momento de cierta incomodidad creada por la pausa hace que el entrevistado se sienta obligado a romper la situación retomando su narración con más detalles.

**Solicitud de aclaración o profundización:** A veces es necesario pedir al entrevistado más explícitamente que suspenda la narración, para aclarar o profundizar algún extremo.

**Lenguaje:** En la entrevista cualitativa el problema del lenguaje no se plantea en términos de claridad y comprensibilidad, como en la encuesta, ya que el estilo lingüístico de las preguntas puede variar en función del sujeto, adaptándose a las características del entrevistado. El problema del lenguaje se plantea en el sentido de que éste constituye el instrumento fundamental para establecer el clima de empatía, y por tanto de comunicación, entre entrevistador y entrevistado. El lenguaje proporciona tanto al entrevistador como al entrevistado indicios para entender qué tipo de persona es el propio interlocutor. Las primeras indicaciones que el entrevistado logra tener, para saber si el entrevistador es una persona muy parecida a sí mismo o muy distinta, serán proporcionadas precisamente por el lenguaje que el entrevistador utilice para presentarse, y para presentar el tema de la entrevista. Si el entrevistador y el entrevistado «hablan el mismo lenguaje», es muy probable que tengan experiencias parecidas, y por tanto es mucho más probable que puedan entenderse el uno al otro. Naturalmente no siempre es necesario (ni posible) que entrevistado y entrevistador hablen el mismo lenguaje. A menudo el entrevistador se presenta con la apariencia y el lenguaje propios de un investigador y como tal es aceptado, siempre que se muestre auténticamente interesado y el entrevistado pueda percibirlo como una persona que sabe comprenderlo. Aun así pueden darse situaciones en las que rija un clima de desconfianza o de consciente diversidad con respecto al mundo exterior, clima que puede vencerse únicamente si el entrevistador es percibido como una persona que puede entender ese mundo porque de alguna forma lo ha experimentado personalmente o por lo menos ha estado cerca de él.

**Cambiar de tema:** Cuando la entrevista va por unos derroteros que no interesan para la investigación, el entrevistador, de manera respetuosa y considerada y sin mostrar falta de interés, cambia el tema y lo reconduce hacia direcciones más productivas.

**Post entrevista:** Una vez que se ha dado por finalizada la entrevista puede que el entrevistador todavía quiera extraer algo más de información. En ese momento, quizá saliendo de la sala y, desde luego, una vez que se ha apagado la grabadora y se han guardado los cuadernos de notas, el entrevistador formula alguna pregunta más o profundiza en los temas que se han tratado. El entrevistador debe confiar en su memoria para retener los datos que se faciliten en ese momento.

**Papel del entrevistador:** Después de todo lo que hemos visto hasta aquí, resulta totalmente evidente que en la entrevista cualitativa el entrevistador desempeña un papel no sólo central, sino además determinante en el sentido literal de que determina el resultado de la conversación. Al respecto es necesario mencionar brevemente que desde el enfoque constructivista en la investigación social, la entrevista se entiende no como una operación de recogida de datos en la que el entrevistador registra las opiniones del entrevistado, sino como una relación dinámica en la que la entrevista se construye conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado, y su resultado depende, en gran medida, del vínculo empático que se haya instaurado entre los dos interlocutores. En este contexto la función del entrevistador resulta compleja y no carente de contradicciones. Por una parte, está llamado a desarrollar una función activa de orientación de la entrevista, dirigiendo la comunicación hacia sus objetivos: el entrevistador premia de forma sistemática las respuestas completas y exhaustivas, pertinentes respecto a los objetivos de la entrevista, y tiende a desanimar las comunicaciones no pertinentes para estos objetivos. Sin embargo, al mismo tiempo, debe tener cuidado de que estas actitudes de animar y desanimar no se transformen, de simples limitaciones de campo, en alteraciones del pensamiento del entrevistado. Desplazándolo hacia temas más afines a los objetivos de la investigación, el entrevistador puede inducir al entrevistado a alejarse de la autenticidad de sus sentimientos, llegando a orientar sus respuestas.

Idealmente, cada entrevista se **graba** en audio y se **transcribe** para fines de análisis. Dado que transcribir puede tomar hasta cuatro veces el tiempo que duró la entrevista misma, la inversión en tiempo y coste también se incrementa. Además de grabar las entrevistas, uno ha de **tomar notas** para capturar puntos del relato hacia los cuales uno querrá regresar posteriormente en la entrevista o para localizarlos en el audio después de la entrevista. Tomar notas reflejará también nuestra cuidadosa forma de escuchar al participante.

En una situación ideal, se entrevista a cada participante **por separado** para que el entrevistado no se vea influenciado por los acompañantes u otros entrevistados, ya que es prácticamente imposible que los distintos entrevistados compartan una perspectiva única.

## 5. ANÁLISIS DE RESPUESTAS

El análisis de información puede realizarse de manera **estadística, discursiva, temática, etnográfica o como una reconstrucción histórica de hechos**. La **triangulación** de la información en el caso de las entrevistas no persigue el fin de verificar si los entrevistados tienen o no la razón sobre un hecho o episodio. El interés está en buscar diferentes perspectivas sobre el mismo asunto, profundizar en

el tema tratado por el entrevistado o contextualizar las experiencias de las personas. Cuando es posible, resulta interesante concertar un **nuevo encuentro** tras escuchar la grabación de la entrevista para **profundizar** en algunos aspectos de la entrevista inicial o formular temas importantes no tratados.

Se podría decir que el análisis ya comienza con el diseño de la investigación y de la propia entrevista, ya que va muy ligado a la escritura del guion. Podemos estructurar el análisis en **tres fases** fundamentales en función de cómo avanza la investigación: fase de formulación del problema, trabajo de campo y análisis intenso.

En la **primera fase** se organiza el conocimiento existente acerca del fenómeno que estamos investigando por temas, subtemas y preguntas y respuestas. El esquema inicial suele ser la base del índice del informe de investigación y el guion de análisis a partir del cual elaboraremos el guion de la entrevista.

La **segunda fase** tiene lugar durante el trabajo de campo. Conforme se desarrolla el trabajo de campo pueden cambiar las cosas y, según estos cambios iremos actualizando nuestro índice de temas.

Finalmente, la **tercera fase** es la más intensa ya que es la fase de análisis propiamente dicho. Se realiza una vez ha finalizado el trabajo de campo en torno a los siguientes **pasos**:

1. Se leen las transcripciones de las entrevistas y se pone un código a cada entrevistado.
2. Se codifican los resultados de cada entrevista según temas y subtemas.
3. Se reúnen todos los fragmentos de cada tema en una única sección sin perder la referencia de donde se encontraban en cada una de las entrevistas.
4. Una vez que las secciones están conformadas se sigue integrando contenido en cada una de ellas.
5. Se organizan las secciones en torno a los temas.
6. Se interpretan los resultados y se preparan para su presentación, bien por escrito (informes, artículos científicos...), bien de manera oral (comunicaciones en congresos, jornadas...).

Generalmente hay dos maneras fundamentales en que se puede llevar a cabo el análisis de las respuestas de las entrevistas. La primera de ellas es el **análisis de casos**. Siguiendo este método se presentan todas las respuestas de un mismo entrevistado y se comentan. Cuando se analiza más de un caso se procura seguir un esquema similar cimentado en categorías, aunque puede utilizarse como guion el simple listado de preguntas. Otra manera de llevar a cabo el análisis es mediante **categorías**. Éstas se construyen en torno a los temas, las áreas y subáreas o incluso las preguntas de investigación de nuestro estudio.

Por lo tanto, una vez que las entrevistas han sido efectuadas, grabadas y transcritas, llega el momento de analizarlas, interpretarlas y redactar el informe de investigación. El análisis de los datos procedentes de entrevistas cualitativas se centra en los **sujetos** y no en las variables, como sucede en la investigación cuantitativa. El criterio debe ser por tanto de tipo **holístico**, en el sentido de que el individuo es observado y estudiado en su totalidad, con la convicción de que cada ser humano (del mismo modo que cada episodio social) es algo más que la suma de sus partes (en este caso, las variables). El objetivo del análisis es comprender a las **personas**, más que analizar las relaciones entre variables.

La presentación de los resultados se produce según una perspectiva **narrativa**, en el sentido de que se desarrolla a través de relatos de episodios, descripción de casos, a menudo utilizando las mismas palabras de los entrevistados para no alterar el material recogido y transmitir al lector la inmediatez de las situaciones estudiadas. La forma estándar de proceder en la presentación de los resultados es la siguiente: se desarrolla un **razonamiento**, y para apoyarlo y explicarlo se reproduce un **fragmento** de entrevista.

Hay **tres enfoques fundamentales** que se pueden adoptar a la hora de analizar respuestas de entrevistas cualitativas: el enfoque sujeto-objeto, el enfoque objeto-sujeto y el enfoque sujeto-sujeto. Según el que escojamos se realizará un tipo de análisis u otro.

En el **enfoque sujeto-objeto**, lo que interesa al investigador es la obtención de respuestas cuantificables sobre un determinado asunto. El informante es secundario: Puede ser cualquier individuo seleccionado según algún criterio de aleatoriedad o representatividad numérica. El énfasis recae sobre el entrenamiento del entrevistador que debe colocarse a distancia respecto al entrevistado para así obtener informaciones estandarizables. Preguntas predefinidas y respuestas cerradas son características de este enfoque.

El **análisis estadístico** es el más apropiado para este tipo de enfoque. El uso de este tipo de análisis requiere de cuestionarios elaborados de tal forma que permitan cuantificar las respuestas, sea directamente como en el caso de preguntas pre-codificadas (si-no-NS/NR) o estableciendo categorías de análisis.

En el **enfoque objeto-sujeto** lo que le interesa al investigador es aprender el tema o situaciones propuestas por los sujetos. El material de la entrevista se trata según los **temas** que surgen del propio contenido obtenido de la entrevista. En este enfoque no existen ítems o categorías predeterminadas.

En el **enfoque sujeto-sujeto** la entrevista se define como una interacción verbal que permite la obtención de discursos entre sujetos determinados socio-históricamente. El discurso se obtiene con pocas interferencias del entrevistador, por medio de intercambios verbales poco estandarizados. Los intercambios lingüísticos reali-

zados en el proceso son el objeto de análisis, en especial las transferencias y contra-transferencias. Las primeras corresponden a las reacciones del investigado frente al investigador, que revelan sus historias de vida. Las segundas son las deformaciones que afectan a nuestra percepción como entrevistadores, relacionadas con el entrevistado y con el material entrevistado.

El **análisis del discurso** rompe con las regularidades y el orden de los procedimientos usuales de tratamiento de la información obtenida a través de entrevistas. El desafío esencial es el de construir interpretaciones sin necesidad de neutralizarlas. El análisis se realiza después de que todas las entrevistas se han completado. Se estudian las respuestas a cada cuestión de manera conjunta y cada pregunta puede ser considerada categoría.

El **análisis de contenido** puede dividirse en dos tipos: manifiesto y latente. En el análisis de contenido **manifiesto**, el investigador busca palabras específicas o ideas expresadas, que se registran y usan para generar estadísticas sobre el contenido de los datos. Sin embargo, la validez es baja y carente de significado para el investigador cualitativo en tanto que el contexto de las palabras no se tiene en cuenta.

El análisis de contenido **latente** es el proceso de identificar, codificar y categorizar patrones primarios en los datos. Aquí el investigador busca el significado de pasajes específicos en el contexto de todos los datos y determina la categoría apropiada. Este tipo de análisis se usa en la indagación cualitativa. El análisis latente tiene mayor validez que el análisis manifiesto, ya que permite codificar las intenciones de los participantes y no solo las palabras.

El primer paso del análisis de contenido es **codificar los datos**. Codificar puede definirse como el proceso de identificar palabras, frases, temas o conceptos dentro de los datos de manera tal que los patrones subyacentes puedan ser identificados y analizados. Codificar no es el proceso de asignar etiquetas o categorizar datos. Mediante la codificación el investigador simplemente se familiariza con los datos y empieza a organizar la información.

Al iniciar la codificación, **el investigador lee totalmente los datos, los lee de nuevo, subraya secciones del texto y hace comentarios al margen observando todo aquello que es sobresaliente**. Estos comentarios pueden incluir impresiones generales, puntos de interés, planes para trabajar con los datos, etc. Después de la codificación, los datos están listos para ser categorizados.

Volviendo a los datos de nuevo, el investigador **recorta las secciones** subrayadas del texto y las **agrupa en categorías**, en archivos separados o carpetas. A fin de incluir todos los datos de una manera significativa y manejable, el número de categorías no debe ser mayor de 10 o 15. A veces el mismo trozo de datos puede encajar en dos categorías diferentes. Cuando esto sucede, el investigador hace una

referencia cruzada de esos datos en la otra categoría, o bien hace una copia de ellos y los coloca en ambos archivos.

Una vez que los datos han sido categorizados, el investigador toma cada archivo y lee a través de los recortes. Se pueden crear **subcategorías** si emergen y son claras, y se dibuja un **diagrama de árbol** para ilustrar las relaciones entre categorías y subcategorías.

A menudo surgen **casos negativos**. Estos son datos que difieren de aquello que la muestra, en su mayoría, está diciendo. Cuando un caso negativo aparece, el investigador debe buscar casos similares. Si no se encuentra ningún otro caso similar, el caso inicial se considera una anomalía. Si se identifican casos similares, se codifican y surge una nueva categoría, que se suma al diagrama de árbol.

Todos los datos se tienen que considerar y representar. Una vez que el investigador está satisfecho con las categorías que representan los datos, se escribe un **resumen** para cada categoría y subcategoría.

Las categorías se juzgan entonces mediante dos criterios: **homogeneidad interna y homogeneidad externa**. La primera se refiere a las categorías individuales mientras que la segunda tiene que ver con las relaciones entre las categorías.

Las categorías deben tener varias cualidades:

- Todas las partes de los datos están **incluidas**. Los datos únicos se han investigado (casos negativos).
- Las categorías tienen **sentido** y dan una imagen de la **totalidad** de los datos.
- Las categorías se han etiquetado usando el mismo **lenguaje** que en los datos (Si los burócratas usan la palabra “cansancio”, la categoría se llama “cansancio” y no “fatiga”).
- Las categorías tienen sentido también para **otros investigadores (validez externa)**. El investigador debe validarlas presentándoselas a sus colegas. Aunque otro investigador puede que o llegue a las mismas categorías, la forma en que se construyeron y la razón para crearlas deben ser claras.
- Las categorías deben tener **validez interna**: deben ser creíbles para las personas que proporcionaron la información. El investigador debe releer los datos pensando en las categorías y plantearse si son representativas de cada parte de los datos.

Al integrar las categorías, el investigador retorna a un nivel superior al considerar los datos y hallar **temas**. El investigador debe plantearse las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo se relacionan las categorías?
- ¿Qué patrones básicos se encuentran recurrentemente en los datos?
- ¿Qué conclusiones pueden trazarse?

El objetivo es ir hacia un nivel más elevado de análisis al descubrir las relaciones entre las categorías y encontrar tramas o temas comunes entre los datos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Pretty, J., Guij, I., Thompson, J., Scoones, J. (1995). *Participatory learning & action. A trainer's guide*. IIED, Londres: Participatory Methodology series.
- Novais da Mata Machado, M. (2002). *Entrevista de Pesquisa. A interação pesquisador/entrevistado*, Belo Horizonte: Editora Arte.
- Mayan, M. J. (2001). *Una Introducción a los Métodos Cualitativos. Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales*, Alberta: Qual Institute Press.
- Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, Síntesis.
- Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Edición Aljibe.
- Ruiz Olabuenaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- Creswell, J. (2008). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications, Inc; 3ra edición.
- Johnson, R. B., Christensen, L. B. (2004). *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches*. Boston: Allyn and Bacon.



## **CAPÍTULO 5**

### **OBSERVACIÓN PARTICIPANTE. HISTORIAS DE UNA VIDA Y ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD**

**ROSA CASTRO RAMOS**  
SESCAM

#### **1. LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE. DEFINICIÓN**

Para recopilar información relativa a la vida de las personas existen tres vías:

- El experimento: consiste en provocar eventos mediante una intervención controlada en la vida social de las personas, con el fin de analizar los comportamientos.
- Entrevista: preguntas sistemáticas a los actores que intervienen, sobre sus opiniones, actitudes o conductas.
- Observación: se trata de contemplar sistemática y detenidamente cómo se desarrolla la vida de las personas, sin manipularla ni modificarla, tal cual ella discurre por sí misma.

La observación es una de las actividades más comunes de la vida diaria. Una actividad prácticamente ejercida por todas las personas. Observamos a los demás y nos observamos a nosotros mismos. Observamos conductas, conversaciones, retraimiento, afectación, emociones, silencios, gestos, posturas corporales, miradas, sonrisas, etc.

Esta información que recogemos puede transformarse en una poderosa herramienta de investigación si la enfocamos hacia un objetivo y la planificamos sistemáticamente de forma controlada y precisa.

Podemos definir la Observación Participante como una técnica de investigación cualitativa que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, en el medio de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. (Taylor y Bogdan, 1987).

## VENTAJAS E INCONVENIENTES

**Las ventajas** de esta técnica es que se consiguen datos directos, abundantes, ricos, variados y profundos. También puede estudiarse el escenario y el entorno. Evita la distorsión del experimento y la mediación verbal. No intenta encaminar ni dirigir la acción, simplemente recopilar información. No existe injerencia es decir, la Observación participante se diferencia del experimento en su política de no interferir el desarrollo normal de la actividad estudiada, y se examina tal como ocurre, sin modificación ni manipulación. Prima su naturalidad. La Observación igualmente se distingue de la entrevista por su política de inmediatez que pretende llegar directa e inmediatamente a los fenómenos mismos. En la entrevista los datos son conocidos a través de un relato. El entrevistado es la única fuente de información y puede ocurrir que no quiera informar o no desee ofrecer lo que él sabe, opina, siente o realiza. Asimismo puede dar una información falsa, o distorsionada, incluso no saber expresarse correctamente, lo cual lleva a malentendidos semánticos, incluso desviaciones de opinión.

**Los inconvenientes** derivan del hecho de que no todo es observable. Algunos fenómenos están latentes a niveles demasiado profundos. A veces los datos están dispersos como en un rompecabezas que hay que unir, y por otra parte, el investigador puede ser más subjetivo por prejuicios o reacciones emocionales.

Bertrand Russell indicó que, durante una observación realizada a un mismo grupo de animales, los etólogos americanos y alemanes llegaban a conclusiones divergentes en sus observaciones acerca del comportamiento animal. Los americanos afirmaron que los animales presentaban actitud juguetona, activa, inquieta, y capaces de encontrar soluciones a sus problemas de forma casual, mientras que los alemanes percibían un comportamiento reflexivo y problemático, y llegaban a la solución mediante varios intentos repetidos. ¿Qué observaban tales científicos: la conducta de los animales o su propia imagen cultural en un espejo zoológico? Esto da una idea del peligro de caer en un planteamiento cultural propio, y distorsionar con él la realidad.

## ORÍGENES

Hasta la primera mitad del siglo XX, todos los estudios estaban impregnados de la tradición naturalista caracterizada por el empirismo y la cuantificación de los fenómenos. No obstante, asumir el método científico para su aplicación a las ciencias sociales se mostraba insuficiente a la hora de estudiar fenómenos culturales, cambios sociales, estudios de comunidades, instituciones, etc. Se hacía necesario incorporar otros aspectos y dimensiones más subjetivas, para una comprensión más integrada y real. En este punto la influencia del psicoanálisis de Freud, la sociología de Weber, el historicismo de Boas en Antropología, junto con otros autores, sentarían las bases teóricas y epistemológicas de la metodología cualitativa y, dentro de esta, el proceder concreto de la Observación participante.

En Reino Unido, en tiempo de la Revolución Industrial, Beatrice Potter WEBB estudiaba los barrios pobres durante el día y retornaba a su privilegiado estilo de vida en la noche. Comenzó a trabajar como cobradora de renta para interactuar con la gente en los edificios y oficinas, y también como costurera en un taller del sudor (traducción literal de un taller de costura de la época) para comprender mejor sus vidas.

Durante la década de 1920, MALINOWSKI estudió y escribió acerca de su participación y observación de la tribu de los Tobriands, un estudio antropológico bastante discutido por sus métodos de recolección de datos.

Margaret MEAD estudió las vidas de jovencitas adolescentes samoanas. El acercamiento de MEAD a la recolección de datos difería de la de su mentor, el antropólogo Frank BOAS, quien enfatizó el uso de textos y materiales históricos para documentar la desaparición de culturas nativas. En lugar de eso, MEAD participó en la cultura viviente para registrar sus actividades culturales, concentrándose en actividades específicas, en lugar de participar en actividades de la cultura en general como hizo MALINOWSKI.

Para 1874, el Instituto Real Antropológico de Gran Bretaña había publicado un manual de métodos llamado “Notas e Interrogantes sobre Antropología”, el cual dividió la observación participante como un método etnográfico de recolección de datos en tres fases: participación, observación e interrogación, señalando que MALINOWSKI y MEAD enfatizaban ambos el uso de la observación y la interrogación, pero no de la participación. Sugiere que tanto MEAD como MALINOWSKI sostuvieron posiciones de poder dentro de la cultura que les permitió recoger datos desde una posición privilegiada.

## MODALIDADES

La diferencia entre la observación vulgar y cotidiana y la observación específica y científica es inmensa. La última comienza seleccionando un objeto específico, y

se lleva a cabo de modo sistemático, anotando resultados, describiendo y tratando de interpretar su significado y alcance.

El trabajo además se desarrolla de modo escéptico, desconfiando de uno mismo y contrastando los datos, interpretaciones propias con interpretaciones ajenas.

**Por el tipo de grupo estudiado podemos clasificar la observación en:**

- o OBSERVACIÓN MASIVA
- o ESTUDIOS DE COMUNIDAD
- o OBSERVACIÓN DE GRUPOS
- o OBSERVACIÓN DE INSTITUCIONES

**Por la posición del observador:** Según Koning y Duverger los tipos de observación se pueden considerar desde la posición material de la observación respecto a la realidad, y desde la posición del observador respecto a esa realidad combinando ambos obtenemos los siguientes tipos:

- o **Observación directa participante:** el observador interviene en la vida del grupo.
- o **Observación directa no participante:** utiliza los datos obtenidos a través de métodos de interrogación
- o **Observación indirecta:** cuando se obtienen los datos a través del estudio de documentos.

## **LA INFORMACIÓN ENCUBIERTA Y SUS PROBLEMAS**

Cuando el observador investigador se da a conocer como tal, no participa por completo en la vida social del grupo que observa, no es un participante al completo, sino que “participa como observador”. Tanto el investigador como los observados, saben, son conscientes de los objetivos y planes de investigador, cosa que no sucede cuando éste participa al completo. Aquí el observador no se ve obligado a fingir ser lo que en realidad no es. Se evitan de este modo los malos entendidos, ambigüedades, celos y situaciones comprometidas. Al principio los observados pueden sentirse un poco incómodos, pero con el tiempo el rol del observador acaba siendo asumido con normalidad.

Una de las principales razones para que los investigadores decidan ocultar el hecho de que se están realizando las observaciones reside en el temor de que la conducta de los sujetos se vea influida por el conocimiento de saberse observado.

Cuando el observador participa, de forma encubierta, tiene una serie de problemas que hacen más difícil su labor. Pensemos por ejemplo en la figura del “Jefe

infiltrado”, o la investigación en un centro penitenciario, o una institución para enfermos mentales, etc.

En primer lugar, su pretensión de pasar desapercibido, le obligará a realizar esfuerzos de disimulo y de adaptación a su nuevo papel.

En segundo lugar, se expondrá más fácilmente a transformarse en “nativo”, es decir a empatizar e identificarse con los observados.

En tercer lugar, se verá obligado a asumir actitudes y comportamientos no solo arriesgados para su integridad física, sino contrarios a sus principios morales y éticos.

En cualquier caso, la posición adoptada por el observador debe ser plausible, como mínimo, para que pueda ser convincente, y aceptada por los observados. En ocasiones se utiliza la estrategia de la marginalidad para acercarse a un grupo sin identificarse completamente con el mismo y como estrategia de contacto con miembros marginales, seleccionando con frecuencia informantes privilegiados entre los miembros caracterizados ellos mismos por su propia marginalidad. Esta técnica es muy utilizada por el periodismo de investigación.

## **LA ENTRADA EN EL CAMPO**

Para lograr una interacción social adecuada, hay que lograr que los informantes se sientan cómodos y ganar su aceptación. Hasta que esto suceda, es normal pasar por fases como ser un miembro provisional, luego un miembro tolerado y por último un miembro aceptado.

Durante el periodo inicial la recolección de datos es secundaria, priorizando el conocimiento del entorno y de las personas. En los primeros momentos, el observador por tanto, debe permanecer relativamente pasivo, intentando hacer una buena apertura. Preguntas generales y comunes de alguien que acaba de llegar ayudan a romper el hielo para reducir la incomodidad ante el escenario.

**El establecimiento del rapport**, con las personas a las que se está estudiando, supone un éxito, una sensación de realización. Supone asumir un propio rol, adecuado y compatible con la realización de la investigación. Si se trata de un rol familiar en un escenario, representa algunas ventajas: se obtiene el acceso con mayor facilidad, las personas no se inhiben en su presencia, y los datos se obtienen con menos dificultad.

Para facilitar el establecimiento del rapport, se aconseja lo siguiente:

- Interesarse por todo
- Respetar y acatar las costumbres
- Conocer y fomentar los puntos comunes

- Ayudar a la gente
- Ser humilde.

Cuando el compromiso activo en las actividades de las personas es esencial para lograr la aceptación, hay que participar por todos los medios, pero sabiendo donde trazar la línea divisoria.

Cuando el compromiso coloca al observador en una situación competitiva con los informantes es mejor retirarse. También deben evitarse situaciones conflictivas, y que obstaculicen la capacidad del observador para recopilar datos. Es frecuente encontrarse con todos los elementos del drama humano presentes en la vida social: hostilidad, rivalidad, seducción, tensiones raciales, celos, etc.

La edad, el sexo, la raza y otros factores de identidad personal del investigador pueden facilitar o dificultar la investigación. Asimismo es importante no concentrarse en un individuo o un pequeño grupo, ya que no hay que dar por sentado que todos los informantes compartan la misma perspectiva.

## **INSTRUMENTOS DE REGISTRO DE DATOS**

A lo largo de su trabajo, el investigador realizará varios tipos de documentos:

- Censo
- Genealogía
- Notas de campo
- Libro de protocolo
- Informe final
- **El censo** consiste en la realización de unas fichas de cada informante con los campos siguientes:
  - Nombre y apellidos
  - Apodo (si lo tiene)
  - Edad
  - Sexo
  - Estado civil
  - Profesión, especialización
  - Coche que tiene
  - Otra característica que ayude a identificar a la persona

La realización del censo es muy recomendada por los antropólogos para iniciar el trabajo de campo, ya que es una excusa válida para tener una aproximación

inicial a todos los participantes en la observación, y permite hacerse una primera impresión de las personas.

Dean<sup>1</sup> ofrece una interesante clasificación de varios tipos de informadores, distinguiendo:

- El extraño: ve las cosas a la luz de otra cultura, clase social, comunidad
  - El novato, sorprendido por lo que sucede, observa las cosas que se dan por supuestas y que pasa por alto el aclimatado y que puede no tener todavía
  - El advenedizo, la persona que se halla en transición de un papel o posición a otro, siendo rudas y sensibles las tensiones de esta nueva experiencia.
  - El natural, es decir, la infrecuente persona objetiva.
  - El informador ingenuo: que no sabe de lo que habla
  - El frustrado (rebelde o descontento) en especial que es consciente de que reprime sus impulsos
  - Los desplazados, apartados del poder pero que “están en el ajo” y critican a los que mandan
  - El veterano o “perro viejo”, “institución del lugar”, que ya no corre peligro o está tan aceptado que puede contar sin riesgo lo que dicen o hacen los demás
  - El necesitado, que se agarra al entrevistador por su atención y apoyo, y hablará en tanto el entrevistador comprenda esta necesidad
  - El subordinado, que tiene que adaptarse a sus superiores.
- **La genealogía** solo se utiliza en los casos en que los participantes están relacionados entre sí, en cuanto a miembros de un grupo familiar, o una comunidad de ámbito local. Consiste en reconocer los vínculos tanto consanguíneos o por afinidad, lazos genéticos, alianzas y “pactos de sangre” existentes en los grupos estudiados. El parentesco es el conjunto de relaciones que vinculan a un grupo de personas en función de una ascendencia o descendencia, real o ficticia, en común y en ocasiones adquiere un papel clave en la estructura y organización de las relaciones sociales. Tanto el censo como la genealogía son herramientas clásicas muy utilizadas para ayudar a la recopilación de datos.
  - **Sobre las notas de campo** diremos que son anotaciones manuales, pero también se admiten videos, o grabaciones de audio. No tienen otro objetivo que garantizar que la información obtenida no se pierda y se encuentre accesible en todo momento. Algunas recomendaciones para tomar notas son:

---

1 J.P. Dean (2003): “Participant Observation and Interviewing”.

- No es necesario empezar a tomar notas desde el primer día
- Toda nota debe ir fechada y sellada
- Toda nota debe ir referida a un escenario concreto
- Las notas deben dejar margen a añadidos, comentarios y apostillas
- Debe distinguirse cuando una cita es literal, fiel, resumida o libre
- Las notas deben mantener un carácter meramente descriptivo
- Deben ser ricas en detalles accesorios y contexto
- Debe registrarse también “lo que no se comprende”
- Debe registrarse lo que “sorprende”

Las notas de campo son el material básico para el estudio posterior. Poco a poco se van transformando en:

- Descripciones de personas o instituciones clave
  - Viñetas narrativas de carácter analítico
  - Minirreportajes de historias, escenarios y mapas
  - Comentarios analíticos y evaluativos
  - Discusiones teóricas
  - Reflexiones, e interpretaciones del investigador.
- **El libro de protocolo**, se trata de un diario que relata la historia de como se va desarrollando la investigación, con fechas, sucesos clave, recursos, metodología empleada y soluciones adoptadas ante problemas imprevistos.
  - **El informe final** será elaborado cuando el investigador ha concluido las fases anteriores de trabajo de campo y reflexión analítica. El informe entonces se genera casi espontáneamente, si bien en su redacción hay que tener en cuenta el cliente lector del mismo, que puede ser una autoridad, agencia, organismo e institución, una comunidad científica, o incluso el mismo grupo social que ha sido objeto de la observación (recordemos los trabajadores de la empresa del jefe infiltrado).

Cada uno de estos grupos espera un estilo expositivo propio, acomodado a sus propios intereses, con un vocabulario adecuado. La estructura general del informe puede seguir el siguiente esquema:

- El contexto
- Los ámbitos de interés
- La narración de la historia
- La interpretación del observador

Los datos obtenidos a través de la observación se deben registrar de modo que puedan ser utilizados en inferencias posteriores. Los instrumentos suelen medir la forma, duración, frecuencia, antecedentes y consecuentes de los comportamientos individuales dentro del grupo, así como las actitudes y estructura del mismo.

Los tipos de acciones sociales que se pueden observar sistemática y estructuralmente son muy variadas, así podemos distinguir los aspectos:

- o Lingüísticos
- o Extralingüísticos
- o No verbales
- o Especiales

Para medir los aspectos lingüísticos se suele seguir el esquema de Bales que establece 12 categorías, para situar en ellas los procesos de interacción que se puedan dar dentro de un grupo empeñado en la solución de un tipo de problema. Las categorías son:

|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| 1. Manifiesta solidaridad | 7. Solicita orientación      |
| 2. Manifiesta distensión  | 8. Solicita opinión          |
| 3. Aprobación             | 9. Solicita sugerencias      |
| 4. Ofrece sugerencias     | 10. Manifiesta desaprobación |
| 5. Ofrece opinión         | 11. Manifiesta tensión       |
| 6. Ofrece orientación     | 12. Manifiesta antagonismo   |

En ocasiones se hace necesaria la presencia de dos observadores para registrar el comportamiento del grupo para tener mayor fiabilidad al comparar y agrupar los datos registrados por ambos.

Por último, no podemos dejar de mencionar un tipo de Observación participante que se realiza en formato virtual. El interés por la etnografía virtual o en línea surge cuando el objetivo es no sólo estudiar los usos de Internet, sino también las prácticas sociales en la red y de qué manera estas prácticas son significativas para la gente (Mason, 1999). La etnografía virtual permite un estudio detallado de las relaciones en línea, de modo que Internet y las redes sociales no constituyen sólo un medio de comunicación, sino también un artefacto cotidiano en la vida de las personas y un lugar de encuentro que permite la formación de comunidades, de

grupos más o menos estables y, en definitiva, la emergencia de una nueva forma de sociabilidad, que está aportando una abundancia de datos fáciles de observar y analizar.

## 2. HISTORIAS DE VIDA

El material biográfico más allá de las Ciencias Sociales tiene una honda tradición. Encontramos antecedentes en China siglo II AC. Con la obra De Shin-Chi. En Grecia con Plutarco en “Vidas paralelas” que contribuye a mejorar nuestra comprensión sobre el mundo de su tiempo. El Islam también nos ofrece una rica muestra de biografías. En el Renacimiento asimismo se dan obras biográficas de gran interés con autores como Vasari. Durante la Ilustración (s. XVIII), la obra de Johnson ofrece gran esclarecimiento de la época. Actualmente la biografía es un género teatral y cinematográfico de primer orden y, podemos afirmar que las redes sociales han contribuido en gran medida a facilitar la elaboración y obtención de datos de la vida de las personas, en general.

En el campo de la Salud, con los medios disponibles y la historia clínica electrónica complementada con la historia social, se puede construir una biografía de la salud de la persona bastante aproximada a la realidad, que contemple aspectos de salud, familiares, sociales, económicos y circunstanciales de su vida.

Existe cierta dificultad para catalogar el material biográfico. Podemos clasificarlo en función de si el autor conoce o no a la persona biografiada.

- Autobiografías: escritas por el propio actor de la vida expuesta. Se puede decir que es el relato retrospectivo en prosa que una persona real hace de su propia existencia. La infancia recibe aquí un tratamiento más detenido, así como las figuras familiares que en ella tienen importancia.
- Memorias: Rememoran el pasado poniendo énfasis en los hechos que se refieren más a lo externo del autor que a lo referido a su personalidad.
- Los diarios: tienen gran importancia por su apoyo al material biográfico pues nos revela la relación entre los hechos escritos y la estructura cognitiva del autor.
- Confesiones: cuentan detalles escondidos o inusuales de la vida de quien las realiza. Airean ciertos arrepentimientos, circunstancias, etc.
- Apologías: exponen puntos de vista personales con carácter auto-defensivo
- Epistolarios: valiosos para conocer la época en que vive el autor. En la investigación es necesario contextualizar las cartas y clasificarlas.
- Psicobiografías: utiliza el marco teórico de la Psicología para interpretar las vidas de personajes públicos o históricos. Tienen su origen y modelo en la interpretación de la vida de Leonardo da Vinci que realizó Freud.

Las historias de vida se desarrollaron a comienzos del siglo XX en Norteamérica debido a la gran avalancha de inmigrantes europeos, lo que generó tensiones sociales. Ello unido a la modernización del país y a la presión ejercida sobre la población indígena.

Thomas y Znaniecki escriben una gran obra sobre la historia de vida de un emigrante polaco, donde no solo se descubre la vida del mismo, sino que buscan explicar los procesos psicosociales que tuvieron lugar entonces.

Las historias de vida se consideraron un instrumento muy valioso para la investigación sociológica y extrapolable a otros ámbitos científicos. Se caracterizan por:

- Transmisión de la narración de la vida del sujeto al narrador.
- Necesidad de una auto-presentación para establecer una relación cordial y una buena comunicación.
- Relación directa que se establece entre narrador y el investigador

Las historias de vida pueden clasificarse en:

- Historia de vida total. Relato que se remonta hasta el recuerdo más antiguo del sujeto.
- Historia de vida temática. Sigue un tema determinado a lo largo de la vida del sujeto.
- Preparada por el investigador. Este recorta la narración en un intento de seleccionar el material adecuado a sus fines.

Inicialmente, los sujetos de las historias de vida, han venido siendo con frecuencia personas marginadas, desviadas, drogadictos, alcohólicos, grupos desfavorecidos, emigrantes, etc. Se elige a estos sujetos precisamente por adecuarse a los problemas sociales investigados. Actualmente, es posible encontrar historias de vida de personas pertenecientes a cualquier capa social.

El investigador social, cuando admite el relato de “su” sujeto, acepta una serie de supuestos ontológicos y metodológicos. Desde un punto de vista psicológico, negar la estabilidad de las pautas de comportamiento a lo largo de los años, ha sido una de las afirmaciones dominantes.

Por otro lado, como afirma Gergen, el desarrollo humano sigue cierta programación (ya que el sistema biológico establece límites), pero no establece secuencias precisas a lo largo del tiempo.

Hay que tener en cuenta el concepto de sociedad, que según N. Elias, es la imagen de personas individuales, que por sus vinculaciones y dependencias están ligadas unas a otras, de modo diverso, constituyendo un entramado de interdependencias con equilibrios de poder más o menos inestables.

## PROBLEMAS DE LAS HISTORIAS DE VIDA

El primer problema es el de la veracidad. El segundo problema es la memoria y sus errores, aunque los momentos culminantes son difíciles de olvidar.

Para verificar las historias de vida, Thomas señala tres criterios:

- La coherencia del relato
- Las entrevistas con los coetáneos del narrador
- La propia investigación observante del investigador

La abundancia de material que se da en las historias de vida conduce a la necesidad de contar con guías para recordar. Mandelhaum propone tres:

- Las dimensiones de la vida (biológica, social y psicosocial)
- Nuevos roles o situaciones
- Procesos de adaptación a los cambios.

Waele y Harré tienen un catálogo temático:

- Macro – micro sociológico:
  1. Perspectiva temporal
  2. Ecología social
  3. Condiciones socioeconómicas
- Pautas psicosociológicas:
  4. Familia y grupos
  5. Cultura, valores y roles
  6. Situación institucional
- Características individuales y personalidad
  7. Auto-descripciones e interpretaciones
  8. Intereses, ocupaciones, tiempo libre
  9. Firme aspiraciones y conflictos

**El método Bruselas** construye una autobiografía asistida, es decir, el sujeto escribe su vida, la cual se segmenta, bien temporalmente, o por temas. Este método fue aplicado por Harré y De Waele a un asesino convicto del Centro Penitenciario de Bruselas, ciudad de la que toma su nombre este método. Posteriormente, sus discípulos lo aplicaron a mujeres obesas en Estados Unidos.

La autobiografía asistida implica una negociación inicial entre el informante y el equipo. El texto es analizado por un equipo que idealmente reunía 12 personas,

4 personas de diferentes edades, dos hombres, dos mujeres, dos de ellos entrenados sobre el tema (médicos, enfermeras, psicólogos etc.), y dos sin entrenamiento especial. Cada persona analiza un segmento, con objeto de sistematizar la reconstrucción de la vida estudiada.

Hasta aquí no se conoce al sujeto físicamente, aunque sí se han podido establecer hipótesis. El siguiente paso el equipo presenta sus reconstrucciones, afirmando o modificando sus supuestos, entrevistando al sujeto una o varias veces. Se graban las entrevistas y a partir de ellas se construye la primera biografía asistida.

Después el equipo construye otra segunda biografía, prestando más atención a temas longitudinales que aparecen en ella.

Se pide al sujeto que identifique los periodos de turbulencia que han dejado profunda huella en su vida para lo que se crea un clima de cierta tensión. Esto da lugar a una tercera biografía, ya definitiva, que es el mapa cognitivo de cómo representa el sujeto su propia vida y los medios que le han servido para triunfar, o le han hecho fracasar a lo largo de ella.

### **3. LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD**

En otro tema anterior de este curso, ya se abordó la entrevista y su clasificación en: estructuradas, semi-estructuradas y libres. En este apartado haremos breve referencia a la entrevista en profundidad, como una técnica cualitativa basada en un juego conversacional. También se llama entrevista focalizada. Puede tener mayor o menor grado de estructuración, pero el diálogo y los temas de conversación han sido decididos previamente por el entrevistador, por tanto supone una conversación con fines orientados a los objetivos de la investigación.

La conversación ha de realizarse cara a cara, para no perder el contenido implícito en la comunicación no verbal. No tiene por qué estar sujeta a una estructura formalizada, por lo que el entrevistador requiere una especial habilidad para saber buscar aquello que quiere ser conocido, focalizando la conversación en determinadas cuestiones. Para ello tendrá que utilizar técnicas sutiles, para sugerir, escuchar, inducir y en ocasiones convencer al entrevistado para que revele lo más profundo e íntimo mediante respuestas sinceras y honestas.

Se utiliza cuando queremos investigar vivencias, motivaciones o sentimientos de las personas, explicaciones de comportamientos que se ocultan, aspectos de un mundo privado, exclusivo de la persona e íntimo. Se pretende traspasar esa barrera para comprender los miedos, las alegrías, las ilusiones, los anhelos las preocupaciones profundas, etc. Se puede comparar con una entrevista clínica, incluso una confesión.

En el inicio ha de crearse una atmósfera cercana, personal y de confianza. Para ello es recomendable comenzar relajadamente, con preguntas abiertas. La construc-

ción de datos se irá edificando poco a poco. En una primera fase, de recolección y registro de datos, y en una segunda de análisis de toda la información.

Permitir que el entrevistado hable y para ello, hay que tener gran dosis de paciencia sobre todo en la primera fase, ya que en ocasiones la persona habla de temas que no nos interesan, o que a priori consideramos poco importantes. En todo caso sobre todo al comienzo, no hay que interrumpirle y, cuando comience a hablar de algo interesante, dejar que fluya la conversación, con algún refuerzo por parte del investigador, tal como: “me gustaría que me aclarase este punto”, o dejar de tomar notas y mirarle mostrando interés por lo que acaba de decir. Él interpretará que eso es importante.

Prestar atención: Thomas Cottle (1973b, pág. 351) lo expresa claramente, prestar atención también significa abrirse para ver las cosas de un modo nuevo y diferente: Si es que existe una regla para esta forma de investigación, ella podría reducirse a un enunciado tan simple como “prestar atención”. Prestar atención a lo que la persona hace, dice y siente; prestar atención a lo que es evocado por estas conversaciones y percepciones, en particular cuando nuestra mente vaga muy lejos; finalmente, prestar atención a las respuestas de aquellos que, a través de nuestro trabajo, podrían oír a estas personas. Prestar atención implica abrirse; no una manera de abrirse especial o metafísica, sino simplemente la observación de uno mismo, la autoconciencia, la creencia de que todo lo que uno toma del exterior y experimenta en su interior es digno de consideración y esencial para comprender y respetar a aquellos con quienes nos encontramos.

Si el entrevistado se muestra reacio a expresarse, admite temor, o estar bloqueado o saturado, se puede recurrir a la estrategia de “relanzar la entrevista”, mediante aplicación de repeticiones de las últimas frases, o recapitular brevemente lo que se ha hablado durante la sesión. Esto tiene beneficios ya que el interlocutor puede constatar cómo se ha interpretado su relato, si es correcta dicha interpretación, puede aclarar algún punto un tanto confuso, o polémico.

En todo caso hacer una pequeña pausa, ayuda a reorganizar las ideas al entrevistado, y replantear algunas preguntas por el entrevistador.

Si después de esto, el entrevistado sigue bloqueado o nervioso, lo mejor es no continuar la sesión, y aplazarla para otra ocasión.

A veces se llegan a construir vínculos intensos y conexiones sólidas entre entrevistador y entrevistado. Depende también de la sensibilidad del investigador hacia el tema. En todo caso a la hora del análisis, ha de tener prudencia y sensatez.

En el momento de recopilar los datos obtenidos, es de mucha ayuda la grabación de la entrevista, al menos en audio, siempre con la autorización del entrevistado. No se debe ignorar que ocasiones el uso de grabadoras puede alterar la espontaneidad. No obstante si se ha creado una atmósfera adecuada, la presencia del aparato de grabación pasará prácticamente inadvertida.

La última fase será el análisis de los datos obtenidos. Consiste en un proceso de reflexión donde vamos “más allá de los datos”, para acceder a la esencia del fenómeno de estudio, es decir a su entendimiento y comprensión<sup>2</sup>.

Por seguir una sistemática en esta fase, Taylor y Bogan (1990) recomiendan trabajo en tres niveles:

- Descubrimiento
- Codificación
- Relativización

En el nivel de descubrimiento, se examinarán y buscarán temas relacionados con los datos. Si se encuentran temas emergentes, hay que incluirlo en el análisis

En el nivel de codificación se agruparán los datos con un mismo hilo conductor, formando categorías.

En el nivel de relativización se interpretará toda la información a la luz del objeto de estudio, extrayendo lo más significativo. Se pueden utilizar diagramas, dibujos y esquemas que faciliten la interpretación.

No olvidemos que tanto el contexto, el análisis y la interpretación, conllevan un grado de subjetividad, como cualquier otra técnica cualitativa. Por ello se puede reforzar la solidez de los resultados, utilizando estrategias de triangulación, es decir, aplicando otras técnicas diferentes para estudiar el mismo problema. (Historias de vida, observación participante, grupos de discusión, grupos focales, cuestionarios, etc.). Con estas técnicas complementaremos espacios que puedan haber quedado en silencio dentro de la entrevista en profundidad. Siempre que sea posible, el uso de diferentes enfoques y técnicas enriquecerán el estudio.

Hay que destacar que los informantes son los que conocen los fenómenos y los hechos de su entorno, etc., y el entrevistador tiene la tarea de reconstruirlo, de forma consistente, con neutralidad, y tomando distancia para no entrar en valoraciones demasiado subjetivas.

---

2 González Gil, Teresa y Alejandra Cano Arana. 2010 Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa.

## **ANEXO:**

### **EJEMPLO DE UNA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE**

La narración que sigue se ha tomado de un estudio etnográfico de una clase de tercero. La Srta. María es la profesora; los alumnos están identificados por sus nombres de pila. Es una mañana de principios de primavera. Los niños entran lentamente en la clase, solos o en pequeños grupos.

La Srta. María permanece sentada en su mesa, saludando a los alumnos cuando entran y examinando con interés los pequeños objetos que algunos han traído de sus casas. Juan y Julio están sentados en dos pupitres adosados dialogando en voz baja.

Ron está sentado solo jugando con sus lápices y dirigiendo una mirada ocasional al abigarrado grupo de niños que se agolpa alrededor de la mesa de la profesora.

Ana deambula sin rumbo fijo examinando los carteles y tabloncitos, algunos de cuyos contenidos han sido renovados ayer mismo.

Un gran trébol verde cuelga de la pared al lado de la puerta recordando la proximidad de la fiesta de San Patricio.

Ana se detiene un momento ante el lavabo para inspeccionar cuatro nuevos carteles que muestran varias constelaciones. Junto a ellos, bajo el reloj, cuelga una pequeña carta astronómica que ofrece información sobre los planetas y un sistema solar construido con papel que representa sus tamaños y distancias relativas. Las redacciones de los alumnos con dibujos de personajes, escritas con ocasión de su asistencia al circo la semana pasada, no interesan aparentemente a Ana, quien pasa de largo y mira hacia el otro lado del tablón de anuncios, “Los niños de Norteamérica”. Las instrucciones invitan a los alumnos a que emparejen las descripciones de niños de varios países del hemisferio occidental con sus dibujos correspondientes, situados sobre un gran mapa.

Beatriz que ha estado hojeando un libro sobre los planetas de la estantería se acerca a mí y se inclina sobre mi mesa: “Mi vecino miró por... una cosa por la que se mira... a las estrellas, y eran todas rojas y verdes y azules. Me gustaría poder mirar por ella también” 8:55 de la mañana.

Se escucha un timbre suave, similar al de los hospitales: audible, pero no agresivo. Se produce un frenesí de actividad mientras Dolores se va hacia el principio del aula. “Niños, por favor, orden... ¿Pilar?”

Pilar corre a su pupitre y se sienta. Dolores se vuelve a la bandera, que cuelga de un mástil en un rincón. Todos nos levantamos mirando hacia ella. Dolores: “¿Preparados? Vamos”.

Recitamos el juramento de fidelidad con la mano colocada respetuosamente sobre el corazón. Esta mañana Dolores ha elegido “America, the Beautiful”, que

todos cantamos. Cuando Dolores vuelve a su pupitre, la Srta. María le da las gracias como es costumbre y comenta: “Hace mucho que no cantábamos esta canción”. Mientras rellena la lista de asistencia, pregunta: “¿Quién falta hoy?”, Los niños buscan con la mirada los asientos vacíos y alguien grita. “Carmen”.

Esta narración recoge los acontecimientos sucedidos en una hora de una mañana de clase. La observación se centró en la actividad general del grupo y en el comportamiento de la profesora. La narración y la figura que la acompaña indican quién estaba presente, parte de lo que ocurrió, dónde y cuándo y las interrelaciones de los elementos. Asimismo, ofrece sugerencias para explicar el funcionamiento del grupo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Amezcu, M. (2015). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index De Enfermería/ Otoño 2000, Año IX*:, N.30
- Amezcu, M., & Hueso Montoro, C. (2004). Cómo elaborar un relato biográfico. *Archivos de la Memoria*, 1.
- Ardévol, E., Bertrán, M., Callén, B., & Pérez, C. (2003). Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, (3).
- Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis; a method for the study of small groups*. Addison-Wesley.
- Barrera, J. (2008). El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación.
- Boas, F. (1964). *Cuestiones fundamentales de antropología cultural*.
- Cordero, M. C. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot (Etapa IV-Colección completa)*, 5(1), 50-67.
- Dean, J.P. (2003). Participant Observation and Interviewing., en Holstein J.A y Garcia Ferrando, M. Ibañez J., Alvira F. (1989) *El análisis de la Realidad Social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial.
- González Gil, T. y Cano A. (2010) Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa. *Nure Investigación*, nº 44, Ene-Feb 2010.
- Gubrium, F. Ed. *Inside Interviewing. New Lenses, New Concerns*. London. Sage Publications.
- Harré, r., y De Waele, J. P.: “Autobiography as a psychological method”. En Ginsburg, G. P. (ed.), 1979.
- Merayo, M., & del CES, F. I. (2003). La perspectiva cualitativa en la investigación social: la entrevista en profundidad. *Enlaces: revista del CES Felipe II*, 1-8.

- Robles, B. La entrevista en profundidad. Una técnica útil dentro del campo antropológico. Escuela Nacional de Antropología e Historia, INAH (2011)
- Sarabia, B. (1985). Historias de vida. *Reis*, (29), 165-186.
- Taylor, S.J. y Bogdan R. (1987) “Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados”. Editorial Paidós Básica. Pp. 100-132.
- Thomas, W. I. (1928) *The child in America: Behavior problems and programs*. Nueva York, Knof.

## **CAPÍTULO 6**

### **GRUPOS DE DISCUSIÓN Y GRUPOS FOCALES**

**M<sup>a</sup> VIRTUDES PÉREZ JOVER**  
Universidad Miguel Hernández

#### **1. INTRODUCCIÓN**

Ya no es una novedad la aplicación de las técnicas cualitativas de investigación al campo de la salud. En un estudio clásico, revisando los trabajos realizados con técnicas cualitativas en el ámbito español entre 1997 y 2002, constatamos un incremento en su uso, pasando del 7% en 1997 al 34% en 2002 (Mira et al., 2004).

En la práctica es difícil diferenciar algunas de las técnicas grupales, principalmente el grupo de discusión del grupo focal, empleándose ambos términos de manera indistinta en la mayor parte de los contextos. Así en las traducciones de una lengua otra aparecen como sinónimos el grupo de discusión, el “focus group” y, en ocasiones, hasta las entrevistas en profundidad grupales. Las diferencias parecen estar más en la concepción teórica más que en la práctica real. Las principales diferencias son: la estructuración del discurso (el grupo focal sería más estructurado en torno a cuestiones de interés, frente al de discusión que estaría más centrado en las intervenciones de los participantes) y la conducción del grupo; en el grupo focal hay mayor intervención por parte del moderador, mientras que el grupo de discusión suele ser casi un gestor de las intervenciones (Callejo, 2001). En ocasiones se ha postulado que el grupo focal es un grupo de discusión, guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular (Aignerén, 2006). Puesto que no es fácil establecer fronteras claras entre estos dos términos, a lo largo del texto se presentará la información del grupo focal.

## 2. DEFINICIÓN

Un grupo focal puede definirse como “una conversación discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones sobre una particular área de interés, que transcurre en un ambiente permisivo, semiestructurado, y a través de una discusión en la que se influyen” (Krueger, 2000).

Así pues los grupos focales son una técnica cualitativa de recolección de datos, que emplea la discusión entre un grupo reducido de personas, que ha sido metódicamente planificada, es guiada por un/a moderador/a, transcurre en un ambiente no directivo y que gira alrededor (o está “focalizada”) de una temática propuesta por el investigador y sobre la que se quiere conseguir una mejor comprensión. El propósito es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes, siendo lo importante, en este tipo de técnica, la interacción que se produce entre los miembros del grupo. Se parte de la presunción de que los puntos de vista sobre un determinado fenómeno no se desarrollan de manera aislada sino en la interacción con otras personas (García y Mateo, 2000).

Según la clasificación de Morgan (1988), los grupos focales se desarrollaron en tres fases: la primera de ella (década 1920-30) es en la que se inicia a través del trabajo de los científicos sociales. La segunda, etapa de consolidación, entre la Segunda Guerra Mundial y la década de los 70, en la que los grupos focales fueron utilizados principalmente por los investigadores del mercado para comprender los deseos y necesidades de la gente. Es en esta época cuando aparece la primera referencia a “grupo focal” atribuyéndose a Merton (1956) la acuñación del término.

Finalmente, la tercera etapa, va desde 1980 hasta la actualidad, período en el que las aplicaciones de esta técnica se han extendido a todos los campos, como la salud, bienestar, educación, etc.

El principal objetivo es obtener información cualitativa sobre un tema de interés para posteriormente analizarla de manera más detallada. Su aplicación es para temas que, por su naturaleza, tienen muchas perspectivas o puntos de vista y, por tanto es necesario tratarlos desde diferentes enfoques, basándonos en las perspectivas de personas con variadas experiencias, intereses y valores. La información que se tiene que recoger es por qué las personas opinan y actúan de ese modo en concreto. No hay datos con los que medir, sino que se analiza el discurso producido y las reacciones al mismo. El lenguaje es lo que se trata de analizar, comprender e interpretar (Prieto y March, 2002).

En el ámbito de la salud se puede aplicar a múltiples ámbitos (Mira et al, 2004): recogida de información; el conocimiento de las opiniones o las experiencias de pacientes atendidos en el sistema sanitario y las de diferentes profesionales; la identificación de elementos de mejora de instrumentos o reunir ideas para construir nuevos; sugerencias con las que mejorar la calidad asistencial o la evaluación de determinados

programas de formación, procedimientos o metodologías de trabajo. Puede ser usado cómo método de investigación o de evaluación en sí mismo o combinado con otros métodos tanto cuantitativos como cualitativos. Por ejemplo en nuestro grupo lo hemos empleado como paso previo a la elaboración de encuestas de opinión para recabar qué elementos eran los más importantes para los pacientes y, a partir de estos elementos señalados por pacientes, construir los ítems de la encuesta (Mira et al., 2002).

### **3. CARACTERÍSTICAS**

1.– Surge por una necesidad de conocer las experiencias y percepciones de los participantes sobre un tema en concreto.

2.– Está compuesto por un número reducido de personas, generalmente entre 7–9 (aunque varía mucho de unos autores a otros, hay quien considera que con 4 podría hacerse un grupo, aunque la mayoría indica que el número máximo, para que todos los participantes puedan opinar, sería 10 (Prieto y March, 2002), que, aunque tienen características comunes que las relacionan con el tema objeto de estudio, por lo general son desconocidas entre sí.

3.– El grupo es guiado por la figura de un/a moderador/a que se encarga de coordinar las intervenciones, de dar el turno de palabra, de hacer participar al ausente, de conducir la discusión hacia los temas relevantes, etc.

4.– Es la presencia y la interacción con el resto de participantes lo que va configurando la formación de la opinión global.

5.– Tiene que existir un ambiente relajado, flexible y permisivo que facilite que los participantes expresen su opinión real del tema de estudio.

6.– Transcurre en un espacio y tiempo limitado que no debe exceder de las dos horas.

7.– Las personas acuden por algún tipo de interés desde la implicación en el tema de estudio a recibir una gratificación por su colaboración, pertenecer a una entidad a la que representan o estar relacionado con la persona que organiza el grupo, etc. (Gil et al., 2004).

### **4. PROCEDIMIENTO**

Para realizar grupos focales hay que tener en cuenta una serie de fases o de etapas: preparación, reclutamiento, desarrollo y análisis de los datos.

#### **4.1. Preparación**

4.1.1. Identificación de los objetivos y de las preguntas del estudio. Este primer paso es crucial ya que a partir del mismo se va a configurar toda la investigación.

Se trata de establecer los objetivos concretos, planteándose cuestiones como ¿qué se busca con esta investigación?, ¿qué información se puede obtener de

este grupo?, o ¿qué información se necesita para dar respuesta a nuestros interrogantes?

Para elaborar el listado de temas a trabajar se ha de tener en cuenta tanto los objetivos como la bibliografía existente al respecto. A partir de ello se configurará un listado de áreas temáticas, que irá de lo más general a lo más específico. Posteriormente se configurarán las preguntas. Se recomienda que para la formulación de las preguntas se tenga en cuenta (Beck et al., 2004):

- a) que sean abiertas, de modo que permitan al participante expresar su opinión tan ampliamente como sea posible;
- b) evitar preguntas que puedan contestarse con “sí” o “no” ya que no aportan información relevante para esta técnica;
- c) se debería evitar preguntar “por qué” ya que parece una demanda y puede poner a los participantes a la defensiva;
- d) hacer énfasis en la formulación de las preguntas más generales a las más específicas, de lo más fácil a lo más difícil, y de lo positivo a lo negativo; y
- e) usar preguntas de cierre para llevar al grupo a conclusiones finales y a resumir sus comentarios.

Por ejemplo, si queremos conocer la percepción de los pacientes con la atención recibida en determinado dispositivo asistencial, podemos plantear como pregunta general: “*De su experiencia, ¿qué le ha parecido más positivo? ¿qué recuerda con mayor agrado?*” (Mira et al., 2002) y que de manera espontánea vayan comentando todos aquellos aspectos de la atención que cumplen con esta premisa.

No obstante la literatura consultada refiere que los temas sobre los que habría que profundizar son, por ejemplo, trato, intimidad, etc. por tanto, si las respuestas dadas por los participantes no han estado relacionadas con los mismos, se irían formulando preguntas cada vez más concretas para centrarlos en estos temas y así poder recabar información sobre los mismos, por ejemplo: “*Y ¿qué es lo que destacarían del trato?*” o “*¿destacarían alguna experiencia positiva relacionada con el trato?*”.

4.1.2. Formación de los grupos. Para conformar el grupo de participantes se tiene que tener en cuenta la representatividad de las opiniones de toda la población de estudio, identificando los segmentos (o subgrupos) que mejor pueden transmitir las opiniones y experiencias de la mayor parte del colectivo al que representan (García y Mateo, 2000; Prieto y March, 2002). Los participantes son seleccionados específicamente porque tienen alguna experiencia en común o personal que resulta de interés para el estudio, habitualmente son características sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia, nivel educativo, etc.) y características específicas del estudio en concreto (por ejemplo si nos interesa conocer cómo ha sido la atención sanitaria dispensada a las mujeres que acaban de dar a luz (Pérez-Jover et al., 2003), preguntaremos a: mujeres, con edades comprendidas en determinado rango

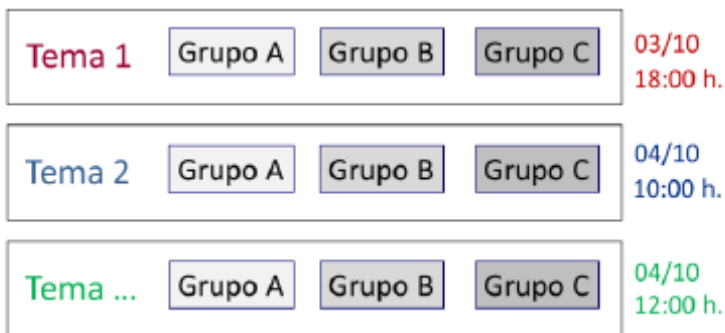
de edad en el que sea más probable haber dado a luz –entre 20-35 años–, que hayan sido madres en un corto espacio de tiempo –puede ser como máximo hace 6 meses– y que hayan sido atendidas en cualquier dispositivo asistencial –no citaríamos a quienes hubieran dado a luz en casa–).

Respecto a la homogeneidad o heterogeneidad, hay diversidad de opiniones y estará en relación, de nuevo, a los objetivos del investigador. La mayor parte de las ocasiones, como se busca experiencias compartidas, se recomienda un grupo homogéneo. Pero, en ocasiones, la heterogeneidad puede resultar adecuada porque facilita la profundización con base en diferentes perspectivas del problema. El equilibrio está en encontrar participantes que sean homogéneos con los segmentos de estudio, pero con características diferentes que aporten riqueza y matices al debate.

Otro elemento importante a tener en cuenta es escoger personas que no se conozcan entre sí (o que no tengan una relación cercana), para asegurarnos que puedan expresarse libremente, sin sentirse coartados por la presencia de nadie, principalmente si el tema a debate es íntimo o controvertido (Prieto y March, 2002).

Así mismo, en cuanto al número de grupos a realizar, se estima que como mínimo dos para poder comparar los resultados obtenidos, a partir de esta cifra se realizarán tantos como sea necesario hasta llegar a la “saturación” de la información (cuando ya no aportaría información adicional un nuevo grupo porque las opiniones que se han dado en el último ya son coincidentes con las aportadas en anteriores grupos (García y Mateo, 2000; Prieto y March, 2002).

Nosotros habitualmente trabajamos con tres grupos, de manera paralela. Como se puede ver en el ejemplo de la figura 1, los grupos trabajan un mismo tema, a la misma hora para intentar mitigar los posibles efectos de variables confundentes (como pueda ser el cansancio por hacerlo tras la jornada de trabajo, etc.), para poder comparar sus respuestas. En el caso de que no se hayan agotado las ideas, se añadirían tantos grupos como fuera necesario como se ha comentado anteriormente.



**Figura 1:** Ejemplo de cronograma.

## **4.2. Reclutamiento**

4.2.1. Fuentes. Para identificar a los participantes que tienen el perfil necesario, por lo general, se recurre a informantes clave, aunque también se puede recurrir a otras fuentes como bases de datos, censos, poner un anuncio, etc.

4.2.2. Invitación. Realizar la invitación, bien a través de una carta (o correo electrónico), bien a través del teléfono, para contactar con los asistentes. Por nuestra experiencia se recomienda invitar entre un 15-20% más de los participantes que se consideran necesarios ya que, en ocasiones, surgen imprevistos (enfermedad, olvido, imposibilidad de desplazarse, cambios en sus agendas, etc.) que impiden la asistencia de algún miembro. Es habitual realizar un recordatorio, una vez próxima la fecha de la cita, confirmando la asistencia para, en el caso de que se produzcan bajas, disponer de tiempo suficiente para citar a nuevos componentes del grupo.

En la invitación es recomendable identificar la entidad responsable del estudio, transmitir el sentido de que la investigación es interesante y merece la pena participar en la misma, lugar, fecha y horario, así como si se les dará algún tipo de gratificación por su participación.

Respecto al lugar se ha de tener en cuenta que debe ser asequible para los participantes, siendo muy cuidadosos en que tenga fácil acceso y sea neutro (para que no evoque otro tipo de vivencias en los miembros del grupo), así como que la sala reúna las condiciones de temperatura, luz, insonorización, comodidad, etc., adecuadas a este tipo de reunión. Con el horario también hay que tener la consideración de que sea el que más se adapte a los participantes (si hay trabajadores quizá sea más oportuno realizarlo por la tarde; si son madres lactantes probablemente sea mejor a media mañana; si tienen niños en edad escolar se intentará que esté comprendido en este período; etc.).

Por otro lado, si se va a incentivar la participación, la recomendación es que no sea visto como reclamo sino como compensación al tiempo invertido o al desplazamiento realizado (Gil et al., 2004).

## **4.3. Proceso**

4.3.1. Moderador. Esta figura tiene un papel fundamental, por lo que tiene que tener formación y experiencia en este tipo de técnicas, así como cualidades personales que facilitan el buen desarrollo del grupo. Así por ejemplo se postulan las siguientes habilidades o destrezas (Krueger, 2000; García y Mateo, 2000; Gil et al., 2004): que comprenda los procesos grupales, que tenga flexibilidad para poder cambiar de tema si fuera necesario, que tenga capacidad de liderazgo para que el grupo atienda sus instrucciones, posea habilidades de comunicación tanto verbal

(sobre todo escucha activa y asertividad) como no verbal (para poder apartar la mirada de un participante que quiere centrar la atención o mirar a aquel que no está interviniendo), sea curioso, control eficiente del tiempo, muestre interés por la gente y sepa moderar (y no participar).

El moderador puede ser miembro del equipo de investigación, para que conozca bien el tema y pueda discriminar entre la información relevante y superflua; o bien puede ser alguien externo seleccionado por ser un experto en este tipo de técnicas.

4.3.2. Asistente. Habitualmente se requiere de un asistente que se encargue de: las cuestiones logísticas (equipamiento, sala, control de participantes, etc.), registro de la sesión (toma notas de la conversación, de los gestos, del tono, etc.; controla la grabación en el caso de que la haya; atiende a las necesidades de los participantes; etc.), participación en el posterior análisis de la sesión.

4.3.3. Duración de las sesiones. La recomendación está en un rango entre 90 y 120 minutos, menos de ese tiempo no se permite al grupo establecer el clima de confianza necesario para abordar información en profundidad, sin embargo dilatarse en exceso puede producir cansancio además de que disminuye la capacidad de las personas para mantener la atención.

4.3.4. Desarrollo de la sesión. Principalmente se desarrolla en 3 fases:

Fase 1: introducción: Es el momento de dar la bienvenida al grupo y realizar la presentación tanto del moderador y asistente, como de la institución que representa. Se presenta de modo general el propósito de la reunión y el motivo por el que han sido invitados. Se establecen las normas de funcionamiento del grupo, se delimita el tiempo que van a estar reunidos, así como se solicita permiso para grabar la sesión siempre informando de que es para realizar el análisis y garantizando la confidencialidad de los datos. Por ejemplo: “Buenos días, mi nombre es [xxxx], vengo de [entidad] y represento a [entidad]. El objetivo de esta reunión es [conocer sus percepciones sobre la calidad de la atención recibida en diferentes dispositivos asistenciales]. Todos ustedes están aquí porque en alguna ocasión han acudido a [este servicio] y nos interesaría conocer cuál ha sido su experiencia con el mismo. La sesión está planificada para que dure aproximadamente [tiempo], no obstante dependerá de las ideas que ustedes nos quieran transmitir. Si ustedes me lo permiten se grabará la sesión, con el dispositivo que ustedes ven en la mesa, únicamente para que podamos consultar la información aquí debatida en el caso de que hubiera duda con las notas, por supuesto se respetará la confidencialidad y en ningún caso se recogerán datos personales, ¿me permiten grabar? ¿tienen alguna duda al respecto?. Pues si están de acuerdo, comenzamos con la primera pregunta [...]”

Fase 2: debate. Se plantean las preguntas establecidas previamente, yendo de las más generales a las más específicas. Es en esta fase donde la moderación es

de vital importancia, permitiendo dar paso a las opiniones de todos los miembros, facilitando el mayor número posible de aspectos relevantes y evitando estar discutiendo mucho tiempo sobre un tema, evitando confrontaciones entre los miembros del grupo, permitiendo un clima agradable de intercambio de opiniones e ideas.

Fase 3: cierre y despedida. Se cierra con un breve resumen, por parte del moderador, de los temas principales que han ido surgiendo, solicitando si hay alguna omisión o discrepancia entre la información vertida por los participantes y la recogida por el moderador. Agradece la participación informando de que ya no será necesario volver a reunirse con ellos, se recordará para qué se van a utilizar esos datos, se despide amablemente y, en el caso de que se les vaya a gratificar de algún modo, se les da el incentivo.

#### **4.4. Análisis de la información**

Una vez finalizadas las sesiones se debe transcribir lo antes posible las grabaciones para permitir que se reconstruya no sólo la atmósfera de la reunión, sino también lo tratado pregunta por pregunta, usando las mismas palabras empleadas por los participantes.

Para realizar el análisis se recomienda (Powell y Single, 1996)

1. Codificar y clasificar la información revisando la transcripción de las discusiones, empleando las preguntas guías como categorías iniciales. Posteriormente esta información codificada es reagrupada e indexada a lo largo de las respuestas provistas y la intensidad con la cual fueron expresadas, con el fin de facilitar un análisis más profundo y ...

2. Analizar la información original en conjunto con la información conceptual transformada. Ésta es la fase en la que se dan mayores niveles de interpretación, uscando contenidos comunes, poco frecuentes, confusiones y contradicciones e información ausente. Este proceso analítico es inductivo, ya que involucra la conceptualización de temas en los datos empíricos.

#### **5. CONCLUSIONES**

El grupo focal es una técnica muy valiosa cuando se pretende conocer las percepciones, opiniones, experiencias, de los usuarios de nuestros servicios. En la actualidad es una de las estrategias empleadas para escuchar la voz de los pacientes. Sin embargo, a pesar de que pudiera parecer fácil, es recomendable tener experiencia y seguir unas mínimas directrices para que consigamos cumplir con los objetivos de nuestra investigación.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

- Aignerren, M. (2006). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Disponible en: <http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1611> (Consultado el 10 de abril de 2016).
- Beck M, Bryman A, Futing L. The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods. New Delhi: SAGE Publications, 2004.
- Callejo J. El Grupo de Discusión: Introducción a una Práctica de Investigación. Barcelona: Ariel, 2001
- García MM, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria* 2000, 25: 181-186.
- Gil F, Barrasa A, Roda R. Los grupos de discusión. En F Gil y CM Alcover (Coors.) *Técnicas grupales en contextos organizacionales* (pps: 171-188). Madrid: Pirámide, 2004.
- Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1991.
- Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria* 2004, 34: 161-169.
- Merton RK, Fiske M, Kendall PL. The Focused Interview. A Manual of Problems and Procedures. Nueva York: Free Press, 1956.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial* 2002; 17(5):273-283.
- Morgan D. Focus groups as qualitative research. London: Sage, 1988.
- Pérez-Jover V, Mira JJ, Lorenzo S, Palazón I, Rodríguez-Marín J. De qué debe informarse a las “mujeres que van a dar a luz”. *Rev Psicología de la Salud* 2003; 1-2, 3-21.
- Powell R, Single H. Focus groups. *Int J Qual Health Care*, 1996; 8(5), 499-509.
- Prieto MA, March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002, 29: 366-373.



## **CAPÍTULO 7**

### **ENCUESTAS DE OPINIÓN**

**ISABEL MARÍA NAVARRO SOLER**  
Universidad Miguel Hernández

El propósito fundamental de este tema es comprender aspectos fundamentales de la utilización de encuestas como fuente de información primaria en una investigación en salud. Conocer qué factores y elementos es preciso controlar para diseñar un cuestionario válido, que consiga recoger la información deseada en el planteamiento del estudio que se vaya a realizar.

El lector conseguirá saber:

- Qué se entiende por cuestionario y encuesta y los errores que se asocian a su administración.
- Diferentes tipos de encuestas como vías de administración de cuestionarios.
- Cómo diseñar un cuestionario, los tipos de preguntas y su orden dentro del cuestionario.
- Cómo diseñar un formulario en ACCESS que nos permita tabular la información recogida a través de un cuestionario autoadministrado o telefónico.

#### **1. ¿QUÉ ES UN CUESTIONARIO Y QUÉ ES UNA ENCUESTA? ERRORES ASOCIADOS A LAS ENCUESTAS**

La información que se requiere para realizar una investigación sanitaria puede provenir de fuentes de información secundarias (registros o bases de datos inter-

nas de nuestro centro, estadísticas publicadas, etc.) o partir de fuentes de información primarias, diseñando y utilizando un instrumento de recogida y medida de dicha información. Los cuestionarios son instrumentos de recogida y medición de información de carácter primario, como también lo es la observación o la realización de pruebas diagnósticas. Los cuestionarios son un instrumento frecuente de recogida de información en estudios epidemiológicos, en estudios de percepción de la calidad de un servicio sanitario, en estudios de opinión sobre salud entre otros estudios.

Un cuestionario es un instrumento de recogida de información estructurado, que se lleva a cabo mediante la cumplimentación de una serie predeterminada de preguntas, que se les presenta por igual a todos los participantes del estudio. Los cuestionarios pueden auto-cumplimentarse por cada uno de los participantes o pueden ser administrados de forma indirecta, dónde un encuestador previamente entrenado registra las respuestas dadas por cada uno de los participantes. El cuestionario es la herramienta que se administra cuando se realizan encuestas.

William G. Zikmund, describe las encuestas mal realizadas como las encuestas dónde “Las muestras están sesgadas; las preguntas mal construidas, a los entrevistadores no se les forma y supervisa adecuadamente, y los resultados se malinterpretan. Tales encuestas son peores que la ausencia de ellas porque el cliente puede ser mal dirigido hacia una decisión costosa. Incluso las encuestas bien planificadas y limpiamente ejecutadas pueden ser inútiles si, como pasa a menudo, los resultados llegan demasiado tarde como para tener valor o son transformados en un enorme informe que nadie tiene tiempo de leer.”

Los errores asociados a las encuestas como vía para obtener información primaria son los siguientes:

- **Error de marco muestral:** Sesgos por no disponer de un listado de todos los sujetos de la población a la hora de seleccionarlos. Si no se dispone de un marco muestral, no se puede garantizar la aleatoriedad de una selección muestral.
- **Error aleatorio de muestreo:** Errores estadísticos por haber seleccionado una muestra concreta y no otra, aunque se haya hecho aleatoriamente. Sin aumentar el tamaño de la muestra, estos problemas estadísticos son inevitables.
- **Error sistemático:** Proviene de algunos aspectos imperfectos del diseño de la investigación o de una equivocación en la ejecución de ésta. Este tipo de errores también se denomina “errores ajenos al muestreo” y las fuentes de error son múltiples.

- o Error de diseño. Errores derivados del incorrecto diseño de encuesta, propósito de la encuesta o método utilizado.
- o Error de no-respuesta. Sesgo de no localización, Sesgo de rechazo, Sesgo de autoselección.
- o Error de respuesta. Sesgo de aquiescencia, Sesgo de Extremismo, Sesgo inducido por la empresa cliente, Sesgo de conveniencia social.
- o Error administrativo (Error de proceso de datos, Error del entrevistador, Engaño del entrevistador).

Una buena encuesta es la que se diseña minimizando al máximo todos los posibles errores y en la que se ha planteado un correcto muestreo para obtener la información.

## **2. TIPOS DE ENCUESTAS**

Los tipos de encuestas se clasifican según el modo de administrar los cuestionarios. Y se distinguen 4 tipos:

- Encuestas personales, cuando el encuestador administra personalmente el cuestionario.
- Encuestas telefónicas, si el encuestador administra telefónicamente el cuestionario.
- Encuestas por correo, cuando el cuestionario es auto-cumplimentado vía correo postal o correo electrónico.
- Encuestas online, cuando el cuestionario es auto-cumplimentado y se aloja en alguna Web o espacio en Internet.

En la figura 1, se proporciona una serie de factores que se deben tener en cuenta a la hora de seleccionar un tipo de encuesta u otro.

## La encuesta: Selección del diseño

|                              | Encuesta personal | Encuesta telefónica | Encuesta por correo            | Encuesta por Internet |
|------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Velocidad recopilación datos | Moderada-rápida   | Muy rápida          | Lenta                          | Instantánea           |
| Flexibilidad geográfica      | Limitada-moderada | Alta                | Alta                           | Alta                  |
| Longitud del cuestionario    | Larga             | Moderada            | Varia en función del incentivo | Moderada              |
| Índice de no-respuesta       | Bajo              | Medio               | Alto                           | No se puede asegurar  |
| Mal entendimiento            | Bajo              | Medio               | Alto                           | Alto                  |
| Influencia del entrevistador | Alto              | Moderado            | Ninguno                        | Ninguno               |
| Costes                       | Elevado           | Bajo-moderado       | Los más bajos                  | Bajos                 |

Figura 1. Ventajas e inconvenientes del uso de diferentes tipos de encuestas.

### 3. DISEÑO DEL CUESTIONARIO, TIPO Y ORDEN DE LAS PREGUNTAS

El investigador que diseña un cuestionario debe tomar varias decisiones, que de forma habitual aparecerán en el siguiente orden:

1. **¿Qué debería preguntarse?**
2. **¿Cómo deberían redactarse las preguntas?**
3. **¿En qué secuencia deben disponerse las preguntas?**
4. **¿Qué esquema de cuestionario cumplirá mejor los objetivos de investigación?**

La figura 2, muestra una secuencia de etapas que deberían seguirse para asegurar en cierto modo que el instrumento de medida que se obtiene es adecuado.

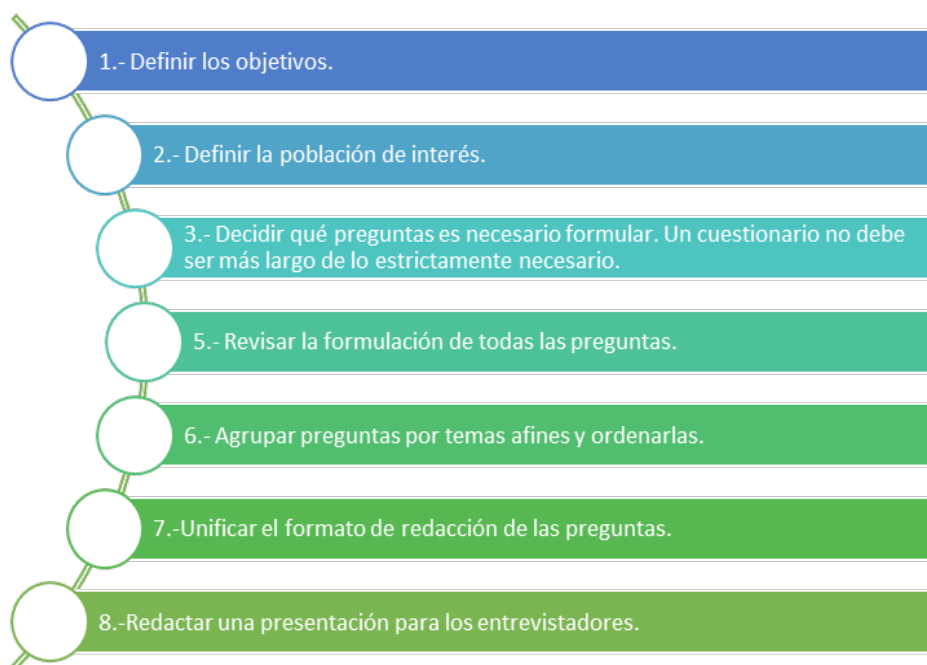


Figura 2. Secuencia de pasos en la elaboración de un cuestionario.

### 3.1. Tipos de preguntas

Las preguntas se pueden clasificar de acuerdo a varios criterios: contenido, modo de respuesta, grado de premeditación de la respuesta y según su función dentro del cuestionario.

Según su contenido. Podemos clasificar las preguntas en función de su contenido en hecho, opiniones, motivaciones, actitudes y sentimientos y por último sobre conocimiento o información. En la figura 3, pueden vislumbrarse algunos ejemplos en cada uno de los casos.

**Preguntas sobre hechos.** Preguntas con una única respuesta cierta, independiente de la opinión del encuestado.

**Preguntas sobre opiniones.** Preguntas en las que el individuo manifiesta su opinión. La veracidad depende de la sinceridad del encuestado. La formulación es delicada debido a que una opinión suele tener intensidad y matices. Al preguntar sobre una opinión, se persiguen dos objetivos: i) Estimar la proporción de gente que opina de una determinada forma, ii) Cuantificar la intensidad de la opinión.

**Preguntas sobre motivaciones, actitudes y sentimientos.** Conciernen a cuestiones sobre el comportamiento de los individuos.

**Preguntas de conocimiento o información.** Suelen utilizarse para investigar el nivel de conocimientos o información de la gente entrevistada.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Preguntas sobre hechos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cuál es su hospital de referencia?</li><li>• ¿Cuál es tu edad?</li><li>• Número de veces que estuvo ingresado en este hospital</li><li>• ¿Le pusieron una pulsera identificativa con su nombre cuando ingresó en el hospital?</li></ul>                                           | <b>Preguntas sobre opiniones</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Considera adecuada la información proporcionada por el personal de enfermería de su centro?</li><li>• ¿Qué aspectos de la atención sanitaria le gustaría que mejorasen?</li><li>• Por su experiencia y lo que oye de otras personas, ¿cree que el hospital está mejor ahora que hace unos años?</li></ul> |
| <b>Preguntas sobre motivaciones, actitudes y sentimientos.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• En relación a la asistencia sanitaria recibida, la rapidez con la que me atendieron cuando pedía o necesitaba algo fue adecuada. Totalmente de acuerdo/De acuerdo/Ni de acuerdo ni en desacuerdo/En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo</li></ul> | <b>Preguntas de conocimiento o información</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Conoce las ventajas/desventajas de la nueva receta electrónica?</li><li>• ¿Conoce de el nuevo sistema automatizado para conseguir cita con su médico de cabecera?</li></ul>                                                                                                                 |

Figura 3. Ejemplos de preguntas de encuestas en función del contenido.

#### Según el modo de respuesta

**Preguntas abiertas.** Estas preguntas proporcionan respuestas detalladas que dependen de la locuacidad del encuestado y del entrenamiento y la habilidad del encuestador a la hora de registrarlas. **Ejemplo:** ¿Qué opina sobre la nueva carta de derechos y deberes del paciente redactada por nuestra comunidad?

**Preguntas cerradas.** Preguntas con respuesta cerrada. Se les proporcionan alternativas de respuesta. La información se recoge ya codificada, reduciendo trabajo al encuestado y entrevistador, y, muy importante errores de interpretación. **Ejemplo:** Antes del alta, ¿recibió información sobre las precauciones que debía tener con la medicación una vez en casa? Sí/No.

Cuando planteamos preguntas cerradas, se ha de tener especial cuidado con ciertas cuestiones:

- Analizar el efecto del orden de las respuestas.
- Incluir una opción Otras si procede, esto es, cuando no se conocen todas las posibles opciones de respuesta.
- Incluir una respuesta neutral si el contenido es de opinión, y tantas opciones positivas como negativas.
- Mostrar al encuestado todas las posibles respuestas, si el número de ellas es elevado.

Según el grado de premeditación en la respuestas. Según este criterio, podremos clasificar las preguntas en espontáneas y sugeridas.

### **Espontáneas**

Se pretende captar la primera idea que viene a la cabeza del encuestado cuando se le formula la pregunta.

### **Sugeridas**

El encuestado elige entre un conjunto de respuestas especificadas en el cuestionario.

### Según su función en el cuestionario

#### **Preguntas sustantivas**

Son las preguntas básicas del cuestionario, referentes a las cuestiones de interés central en la investigación.

#### **Preguntas de introducción**

Son las que sirven para iniciar el cuestionario e interesar al encuestado en él; preceden a las preguntas sustantivas.

#### **Preguntas de filtro**

Son preguntas previas a otras para eliminar a los individuos que no les afectan.

#### **Preguntas de control**

Son las que persiguen detectar incongruencias en las respuestas de un encuestado.

#### **Preguntas batería**

Preguntas que comparten una misma estructura. Preguntas sobre la misma cuestión, que se complementan, enfocando diversos aspectos de ella. Suelen ir de los aspectos más generales a los más concretos.

A la hora de decidir cómo formular las preguntas que hemos decidido incluir en el cuestionario, tan sólo contamos con unas cuantas orientaciones y nuestras habilidades en redacción. A continuación vemos unas cuantas recomendaciones.

**Preguntas simples y cortas.** Conviene utilizar las palabras más simples posibles con las que comunicar de modo exacto qué información se pretende conseguir. Sustituir una pregunta larga por unas cuantas cortas.

**Evitar la ambigüedad.** Es conveniente formular las preguntas del modo más claro posible. Ante preguntas ambiguas, personas distintas pueden entender cosas distintas y contestar preguntas distintas, con lo cual la pregunta perdería toda su validez.

**Evitar doble negación.** Es conveniente que el encuestado no tenga que interpretar su respuesta.

**Evitar expresiones vagas.** Preguntas con expresiones vagas como: generalmente, muchos, con frecuencia, del tipo de, parecido, en conjunto, cosa, mucho, poco, etc., pueden provocar que no todos los encuestados las interpreten igual.

**Evitar preguntas dirigidas.** Las preguntas no deben formularse suponiendo una determinada respuesta del encuestado. Se pregunta para conseguir información que se desconoce, y por lo tanto al preguntar no se debe dejar ver que se conoce la respuesta.

**No presuponer información.** Las preguntas no deben formularse presuponiendo algo sobre el que responde: ni que conoce el tema, ni que tiene una opinión formada sobre lo que se le pregunta. Evitar preguntas hipotéticas, que involucren la memoria, de conocimientos y tipo cerrados ya que a nadie le gusta admitir su ignorancia sobre algún aspecto o preguntas embarazosas.

### 3.2. Orden de las preguntas

El orden de las preguntas en el cuestionario puede afectar al porcentaje de rechazos y a las respuestas obtenidas. Se ha de tener en cuenta que las primeras preguntas han de ser las de introducción, continuar con preguntas que, de una manera lógica, se muevan de tópico en tópico, debe haber una relación entre las preguntas.

Hay que agrupar las preguntas por temas afines:

- 1) introducción.
- 2) cuerpo de preguntas sustantivas.
- 3) preguntas de clasificación.

Recordad cuidar la presentación de cada una de las preguntas. Hay que considerar el efecto condicionante de las preguntas anteriores a una dada.

- Hay que avanzar de lo general a lo específico.
- Las preguntas de control han de estar distanciadas entre sí.
- Dejar para el final las preguntas sustantivas más difíciles, delicadas o pesadas, para evitar fatigar o irritar.
- Las preguntas de clasificación suelen colocarse al final de cuestionario para no consumir tiempo de la entrevista.

- Conviene utilizar el pretest para comprobar la ordenación de las preguntas y su efecto en las respuestas.
- Antes de despedirnos el encuestador debe dar las gracias por su colaboración en la investigación.

Es importante, realizar siempre una prueba piloto para garantizar que las preguntas se comprenden por el público al que va dirigido el cuestionario. Del mismo modo, se deberá entrenar y supervisar el trabajo de los encuestadores con el objetivo de introducir el mínimo sesgo en las respuestas que desvirtúen los resultados obtenidos con el estudio.

#### **4. FORMULARIOS EN MICROSOFT ACCESS**

La introducción de los datos directamente sobre las tablas es bastante incómoda. No sólo no se pueden ver todos los campos sin desplazarse con la barra de herramientas, sino que además los registros de los pacientes están uno encima de otro. Si se pierde la referencia del registro se pueden introducir datos que no correspondan a ese sujeto.

Los formularios en Access permiten la introducción de datos en las tablas de una forma más sencilla y más limpia, además de que la posibilidad de cometer error de administración asociados a la tabulación de datos se reduce considerablemente. En vez de introducir los datos directamente sobre la tabla, los datos se introducen en la tabla a través de los formularios.

Hay diferentes formatos de formularios, en alguno de ellos los registros se pueden ver de forma aislada, en otros, todos los registros juntos, o también se puede diseñar un formulario con un formato totalmente personalizado.

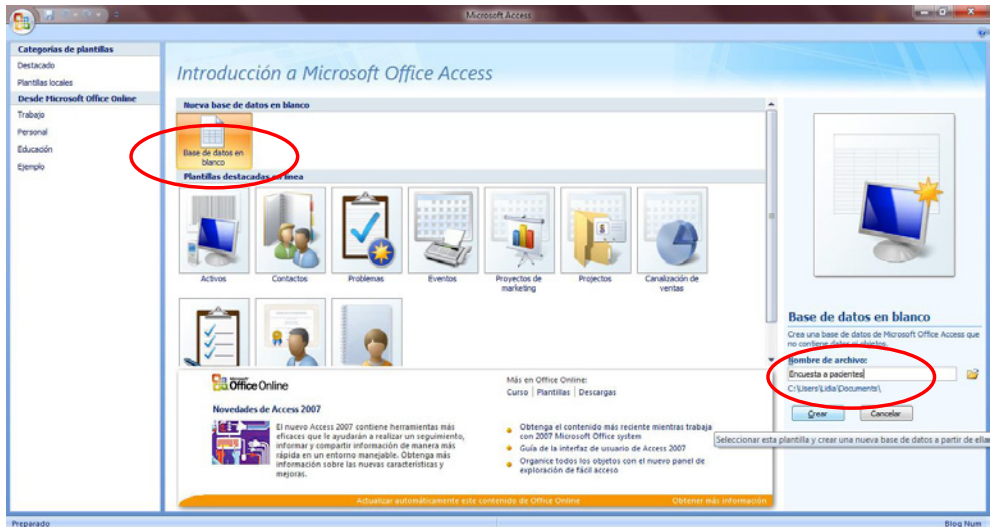
Las tablas almacenan la información, los formularios se encargan de recogerla. Para que las tablas puedan incluir los datos de los formularios deben estar cerradas. Al cerrar o guardar los formularios, las tablas se actualizan.

##### **4.1. Creación de un formulario en Microsoft Access paso a paso**

El primer paso será crear un fichero de base de datos en Access.

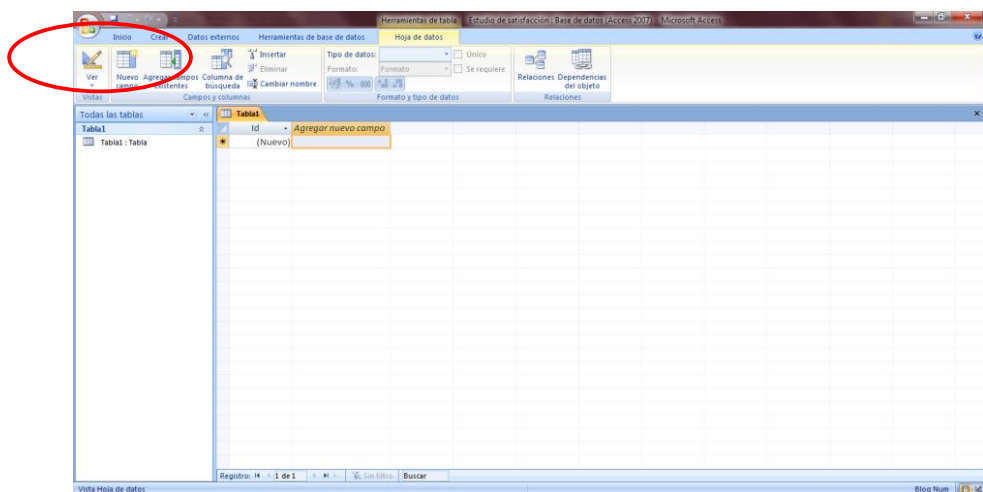
##### **¿Cómo crear un fichero de base de datos en Access?**

Abrimos el programa Microsoft Office Access y hacemos clic en “Base de datos en blanco”

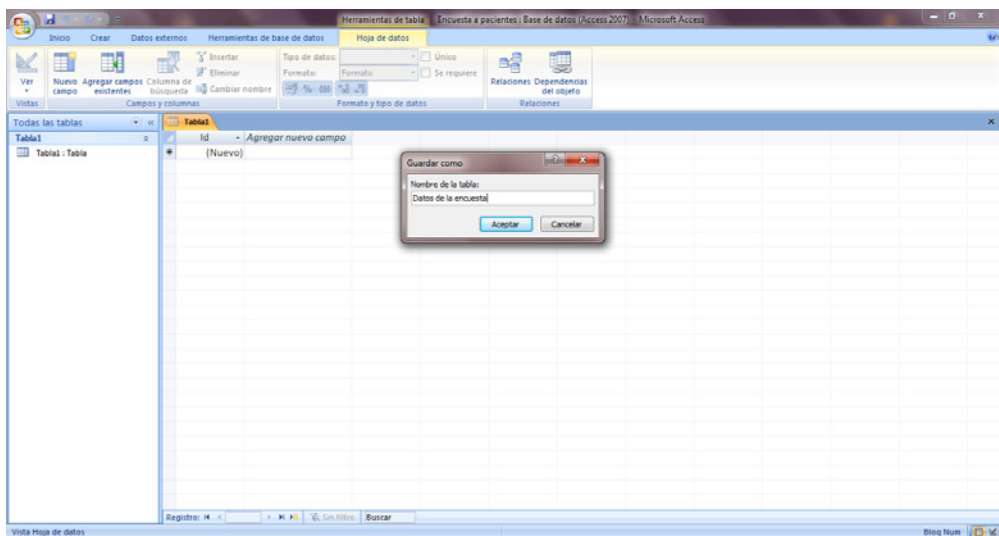
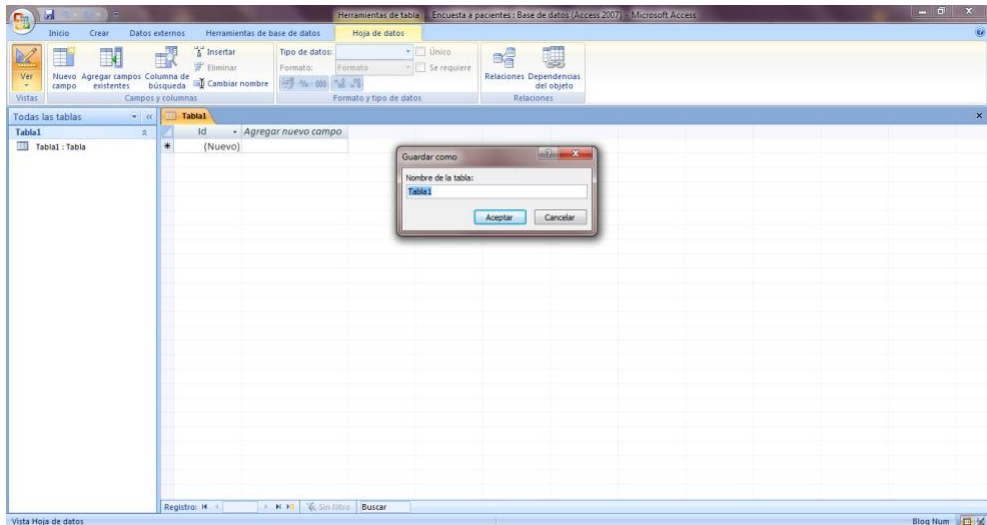


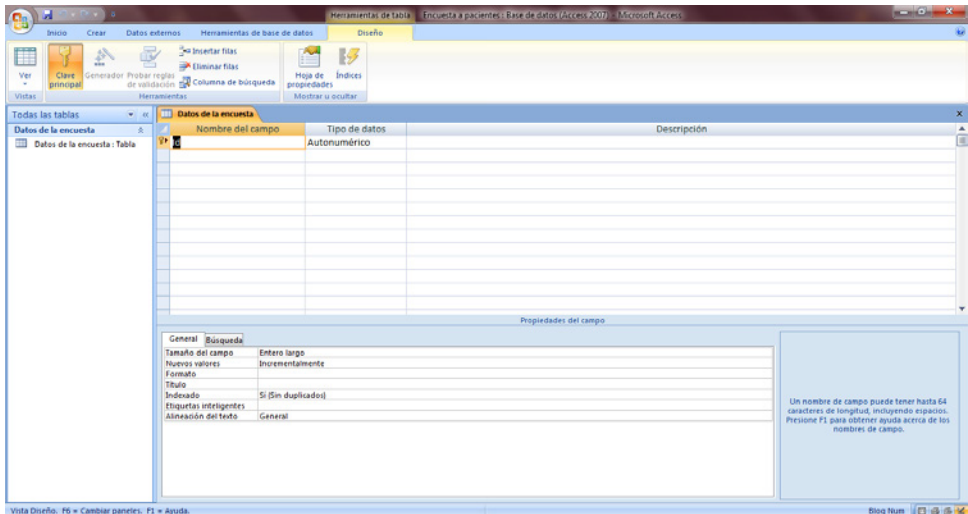
Apretamos al botón “Crear”. También podemos cambiarle el nombre a “Encuesta a pacientes”, debemos utilizar un nombre apropiado y relacionado con el contenido de la base de datos, para poder recuperarla con facilidad posteriormente.

Aparecerá una tabla. Es ahí donde generaremos los campos/variables de nuestro estudio, pero primero tenemos que diseñar cómo queremos nuestra base de datos, le damos al icono de “Diseño de la tabla”. Para empezar a trabajar con una base de datos primero es necesario crear la tabla donde se van a ir registrando todos los datos correspondientes a las respuestas de los pacientes.



Nos indica que nombremos de alguna manera a nuestra base de datos, por tanto cambiaremos el nombre y en vez de “Tabla 1”, la llamaremos “Datos de la encuesta”.



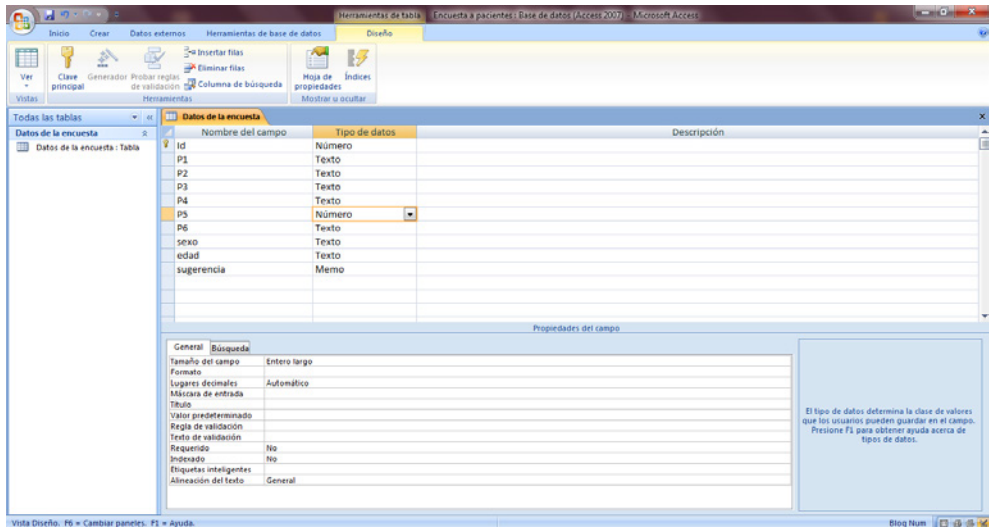


Dentro de la tabla hay que definir los campos que contendrán la información. En la primera columna se introducirán los nombres de los campos, y en la segunda columna el tipo de datos.

- **Nombre del campo:** los nombres de los campos.
- **Tipo de datos:** texto, numérico, fecha/hora, contador, Si/No, memo, moneda, objeto OLE.
- **Descripción:** en esta columna se introduce la descripción del contenido del campo o su finalidad.
- **Propiedades de los campos:** estableciendo las propiedades de los campos se controla la apariencia de los datos, y se puede evitar que se introduzcan de modo incorrecto.

Vamos introduciendo los diferentes campos con los nombres asignados de nuestra encuesta en el “Nombre del campo”, así como el tipo en “Tipo de datos”.

Se puede introducir (pero no es necesario) una clave principal. La clave principal suele ser uno o varios de los campos de la tabla. El contenido de este campo identifica cada registro del campo de manera única, en nuestro caso puede ser el número de identificación de la encuesta, si antes de introducir las encuestas en nuestra base de datos hemos numerado las diferentes encuestas. De modo que no se podrán introducir dos registros iguales o almacenar valores nulos en los campos de la clave principal. Para establecer este campo como clave principal se hace clic sobre él y en la barra de herramientas se pulsa el botón “Establecer Clave Principal”.

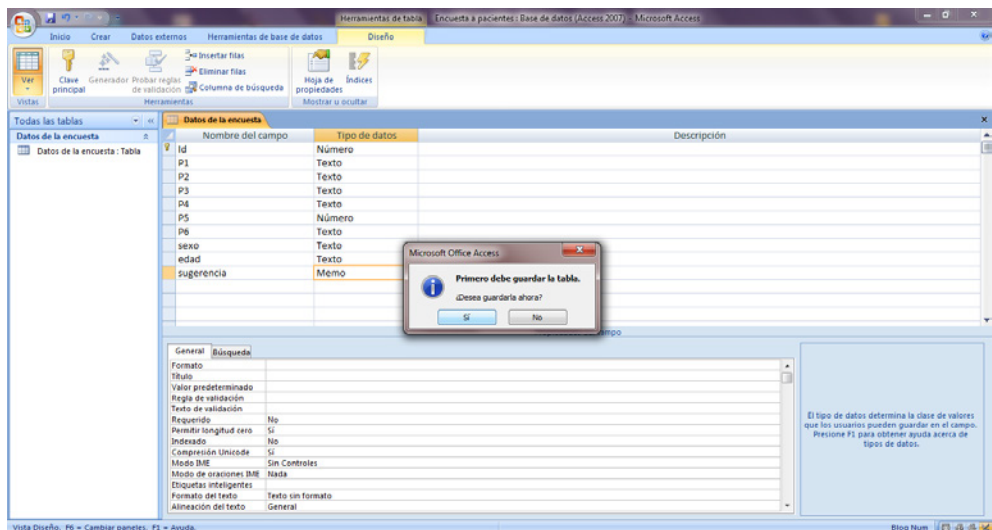
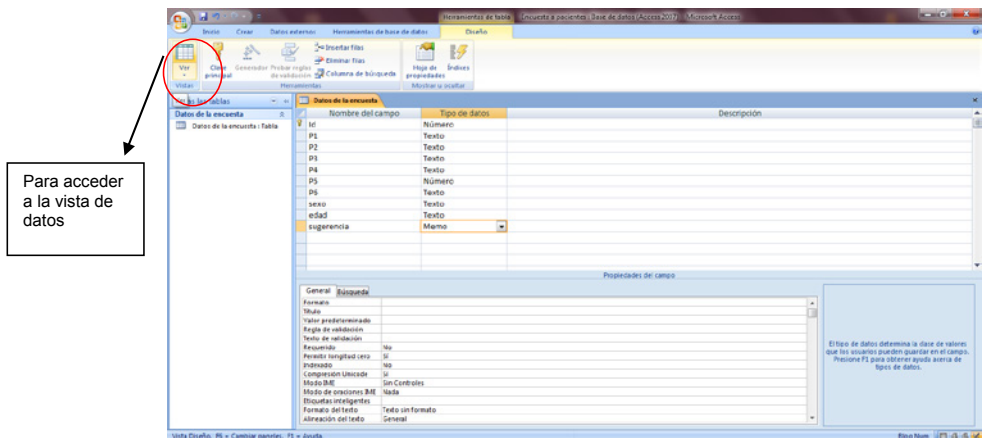


No se tiene que definir obligatoriamente una clave principal, pero normalmente es conveniente hacerlo. Si no se establece la clave principal, al cerrar la tabla aparece un cuadro de diálogo pidiendo que se establezca, podemos indicarle, si es el caso, que no se desea crear una clave principal.

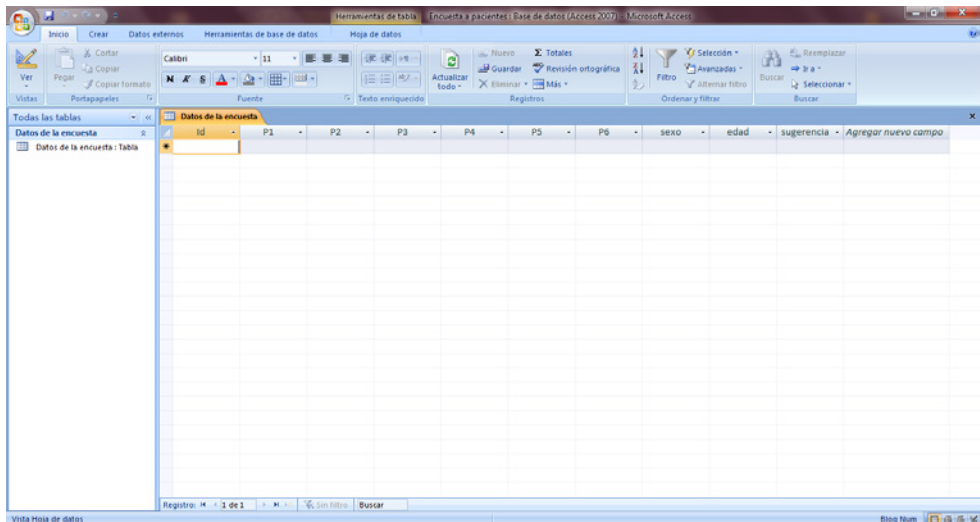
Introducimos los diferentes campos de nuestra encuesta. La pregunta 5 del cuestionario “Satisfacción Global” es de tipo numérica, lo introducimos en Tipo de datos mediante el desplegable.

Terminamos de introducir los diferentes campos correspondientes a las preguntas de la encuesta.

Una vez introducidos todos los campos de nuestra encuesta podemos ver como se ha diseñado la tabla en “Vista de datos”, accediendo desde el botón señalado en la figura.

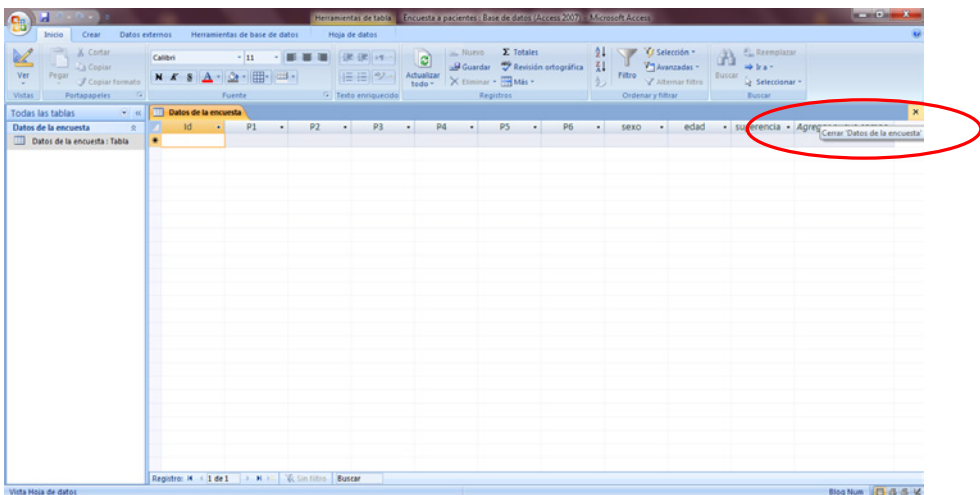


En la tabla se muestran los campos tal y como se almacena la información en una base de datos.

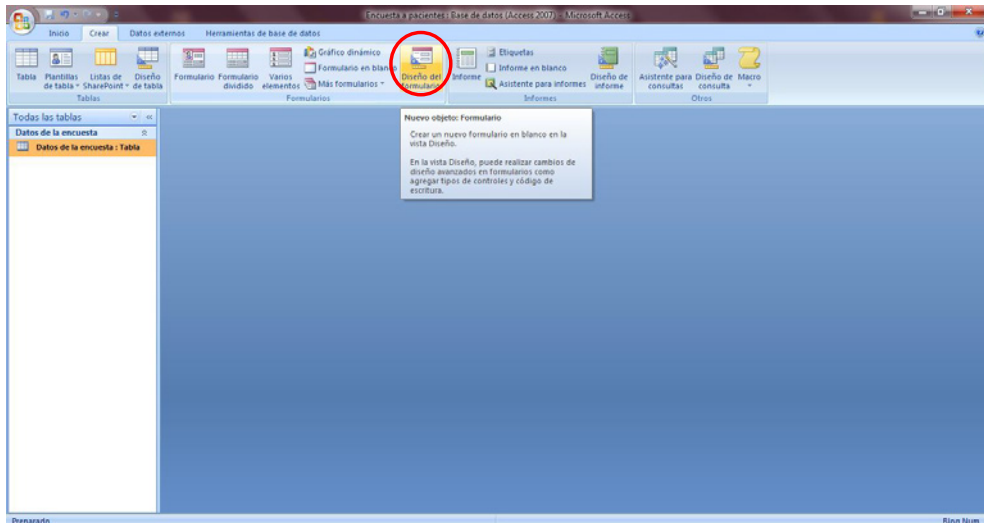


### ¿Cómo crear un formulario en Access para introducir datos?

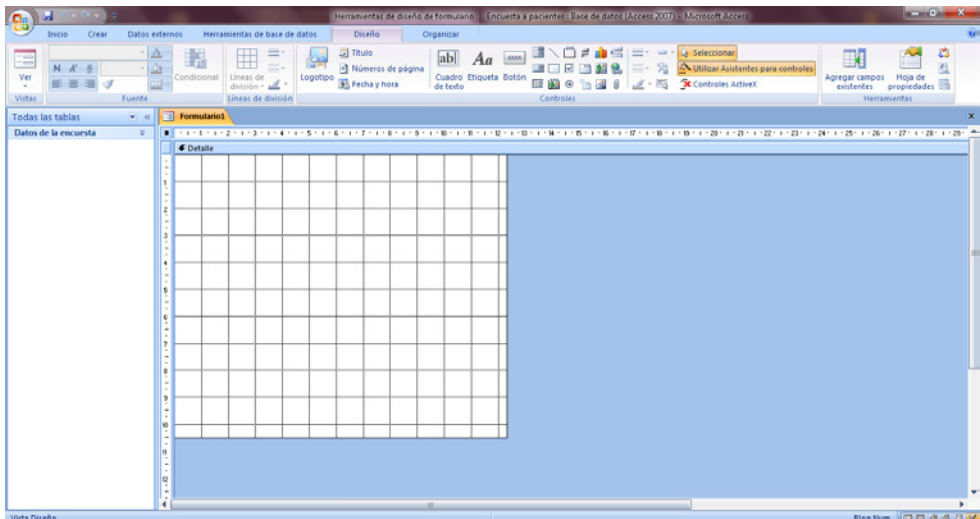
Cerramos la tabla que acabamos de generar con el aspa que se encuentra a la derecha.



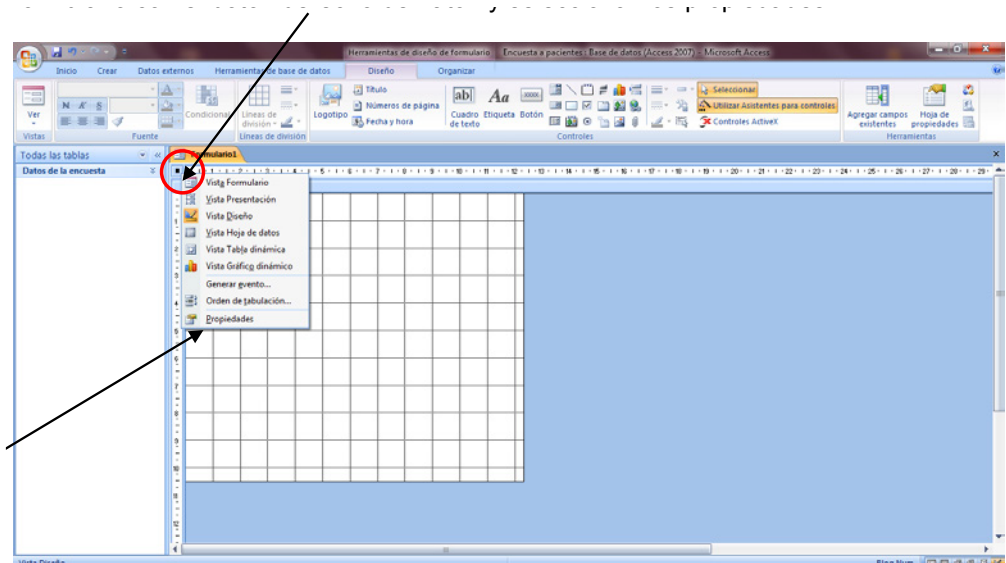
Para crear un nuevo formulario se selecciona la pestaña “Formularios”, seleccionamos la pestaña “Crear” y apretamos al botón “Diseño del formulario”.



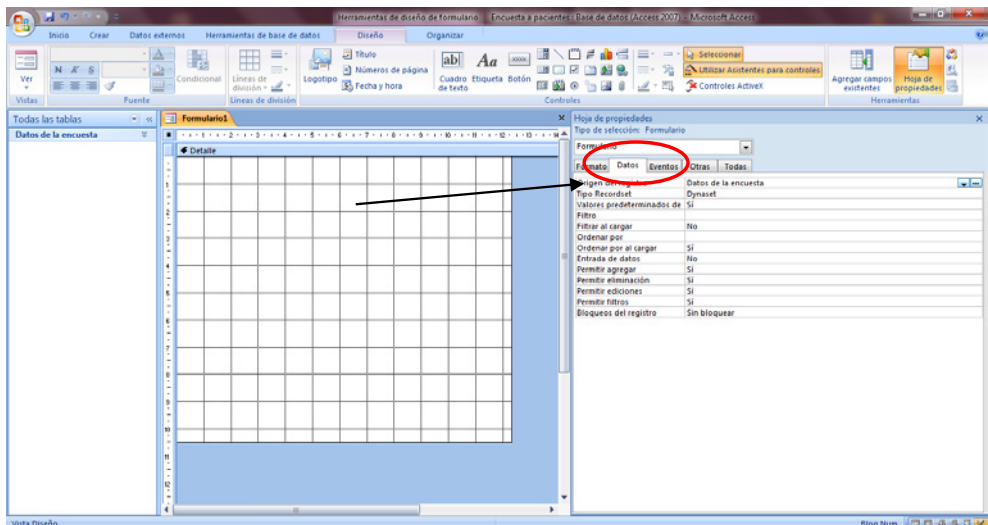
Aparecerá la siguiente pantalla.



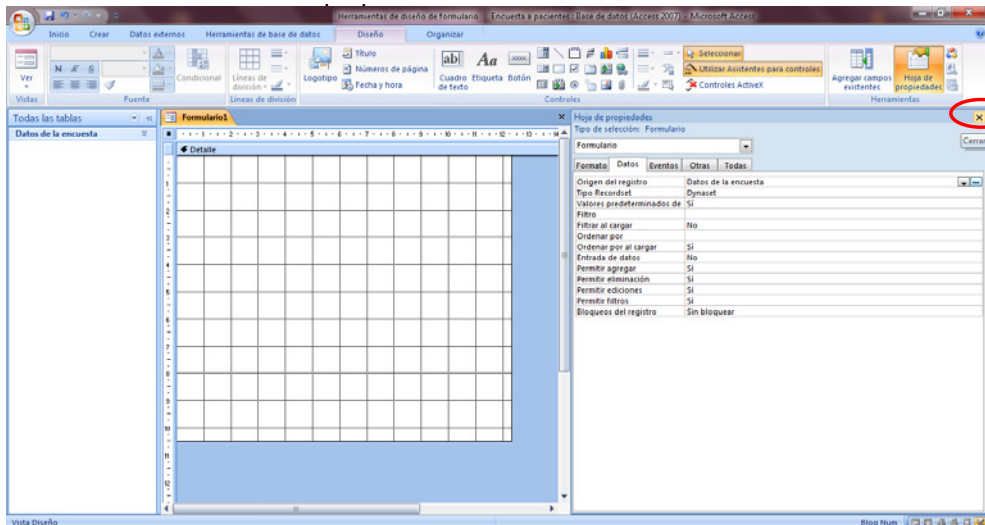
Indicamos que el formulario se va a utilizar para rellenar los campos de la tabla que acabamos de crear, para ello, hacemos clic en la esquina superior izquierda del formulario con el botón derecho del ratón y seleccionamos propiedades.



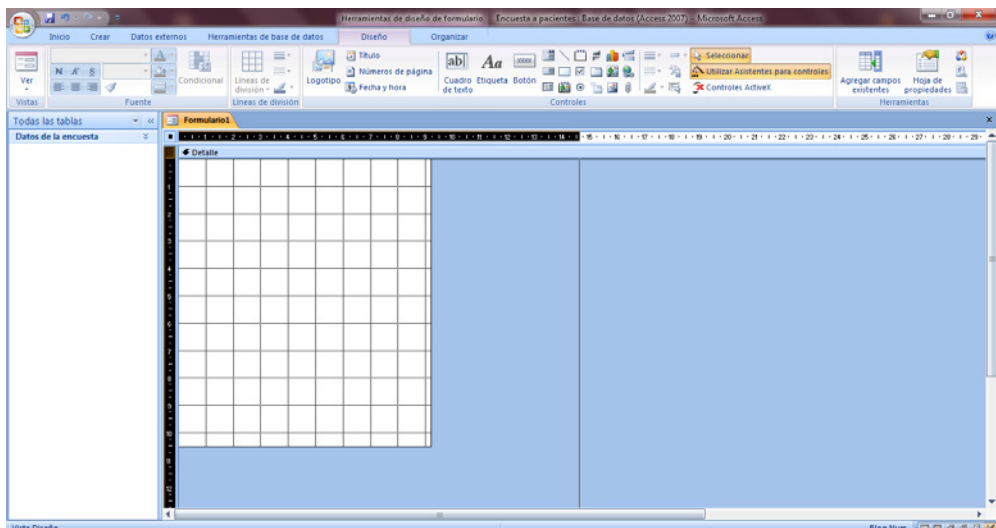
Se abre un cuadro de diálogo a la derecha con varias pestañas (formato, datos, eventos, otras, todas), seleccionamos la pestaña “Datos” y dentro de esta pestaña en “Origen del registro”, en el desplegable, seleccionamos la tabla que hemos creado anteriormente “Datos de la encuesta”.



Cerramos la ventana de las propiedades del formulario.

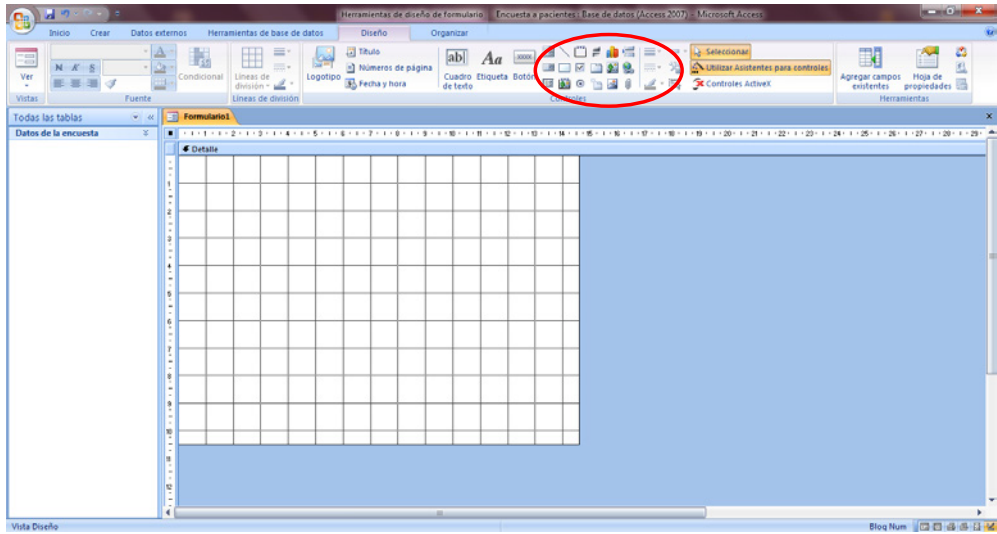


Ajustamos estirando la cuadrícula hacia la derecha y luego hacia abajo para hacerla más grande, según nuestras necesidades.



En la parte superior, aproximadamente hacia el centro, tenemos todas las herramientas que nos hacen falta para la construcción del formulario.

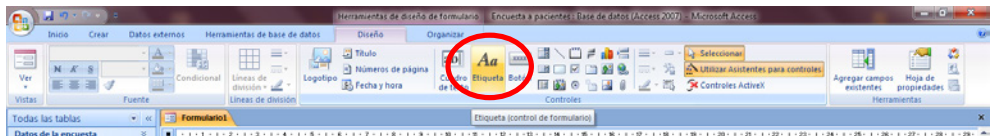
## Encuestas de opinión



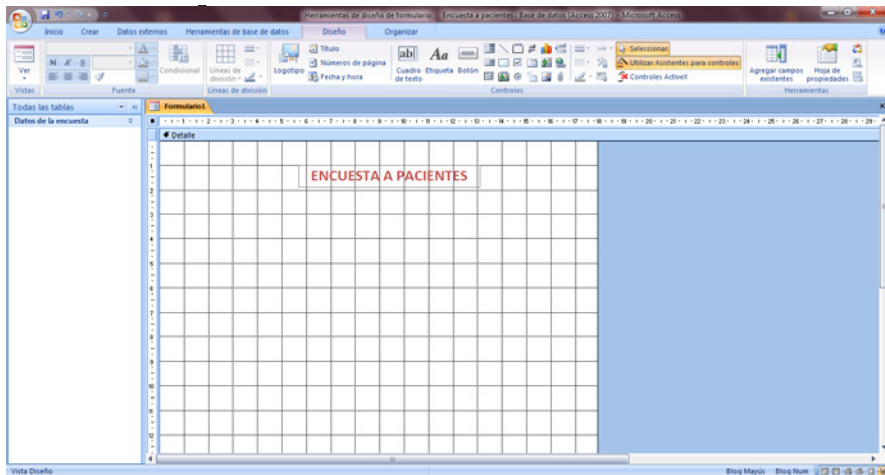
## HERRAMIENTAS

|                                                                                     |                               |                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Cuadro de texto               | Sirven para mostrar o introducir datos                                                                       |
|    | Etiqueta                      | Crea una etiqueta                                                                                            |
|    | Grupo de opciones             | Formado por un grupo de casillas de verificación o botones de opción. Sólo permite que se active una opción. |
|    | Botón de opción               | Para valores Si/No. Se puede utilizar dentro de un grupo de opciones.                                        |
|    | Casilla de verificación       | Para valores Si/No. Se puede utilizar dentro de un grupo de opciones.                                        |
|    | Botón de alternar             | Para valores Si/No. No puede utilizarse dentro de un grupo de opciones.                                      |
|    | Cuadro combinado              | Permite seleccionar un elemento de una lista o escribir el dato directamente                                 |
|    | Cuadro de lista               | Permite seleccionar un elemento de una lista.                                                                |
|    | Botón de comando              | Inserta un botón que al ser pulsado ejecuta instrucciones.                                                   |
|    | Imagen                        | Inserta un marco para incluir una imagen. No es un objeto OLE. No se edita.                                  |
|    | Marco de objeto dependiente   | Inserta un marco para incluir un objeto OLE que depende del valor de un campo.                               |
|    | Marco de objeto independiente | Inserta un marco para incluir un objeto OLE que no depende del contenido de un campo.                        |
|    | Subformulario/subinforme      | Permite introducir un formulario dentro de otro.                                                             |
|  | Salto de página               | Cuando el formulario tiene más de una página, así se indica dónde empieza cada una.                          |
|  | Línea_                        | Inserta una línea en el formulario.                                                                          |
|  | Rectángulo_                   | Inserta un rectángulo.                                                                                       |

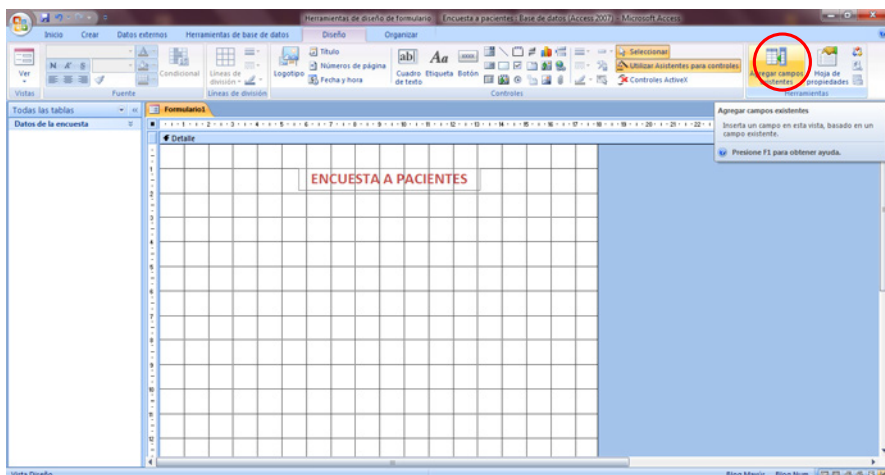
Empleando el botón para crear etiquetas le damos un título a nuestro formulario.



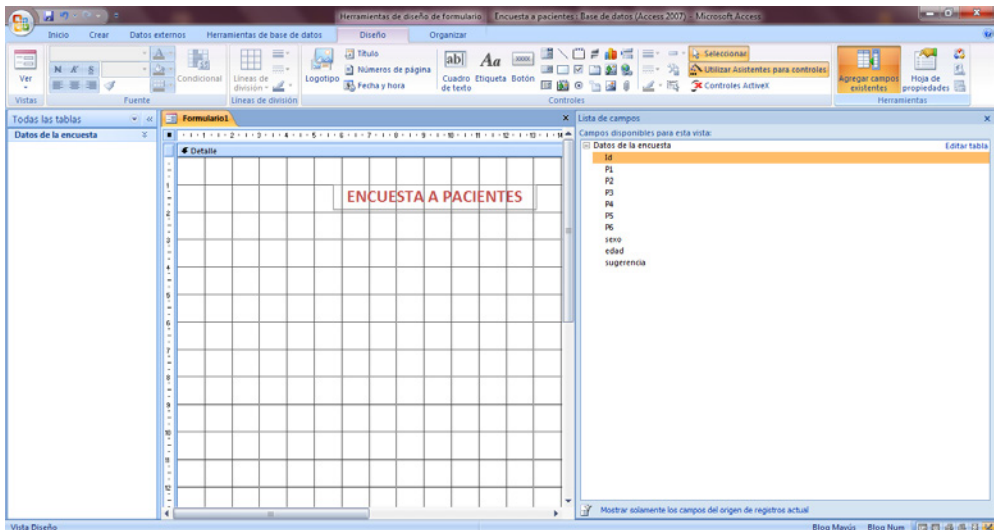
Pinchamos sobre el botón marcado en la figura (Etiqueta) y volvemos a pinchar en la cuadrícula. Luego arrastramos dentro de la cuadrícula y damos formato de color y de tamaño de letra según nuestras necesidades.



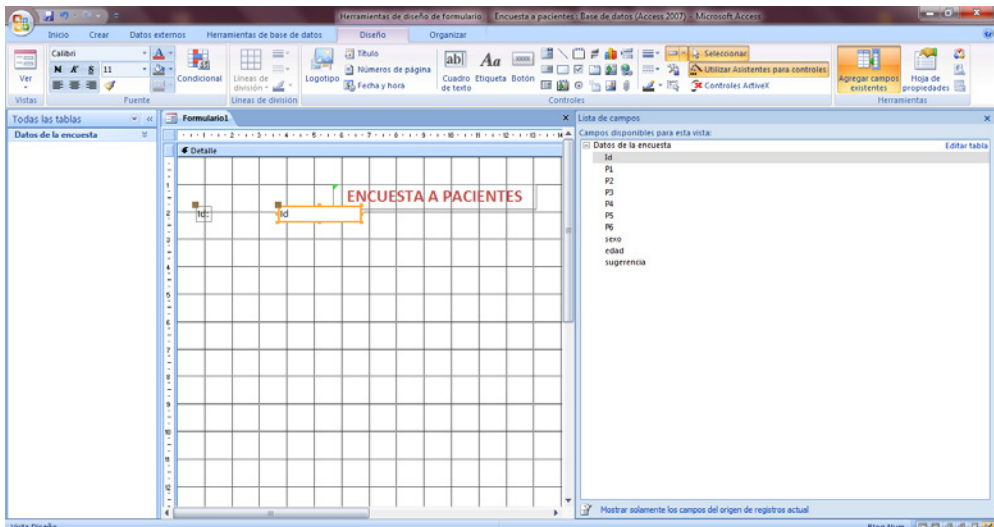
Para introducir en el formulario el campo correspondiente al número de la encuesta, necesitamos la lista de campos de la tabla que hemos creado anteriormente, deberemos pinchar en el botón “AGREGAR CAMPOS EXISTENTES”.



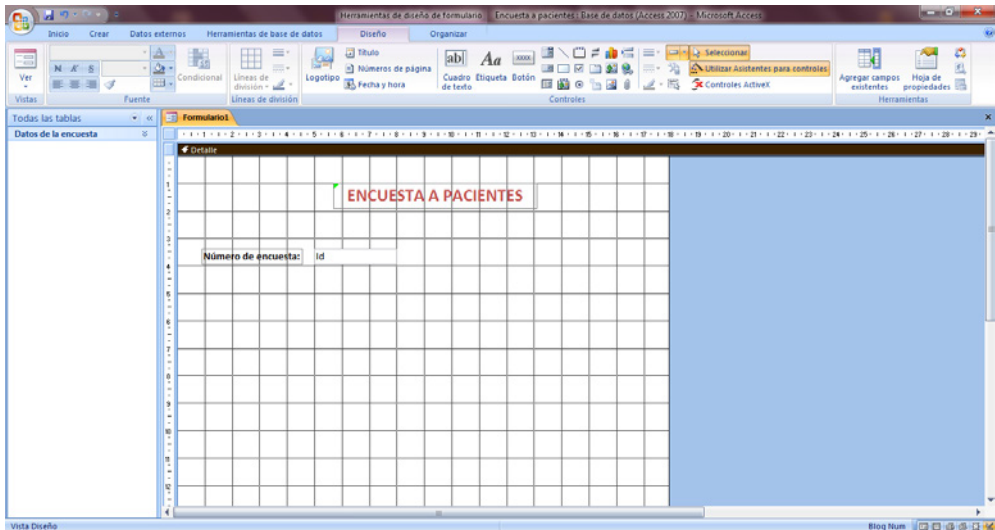
Y debe aparecer la siguiente tabla a la derecha de la pantalla.



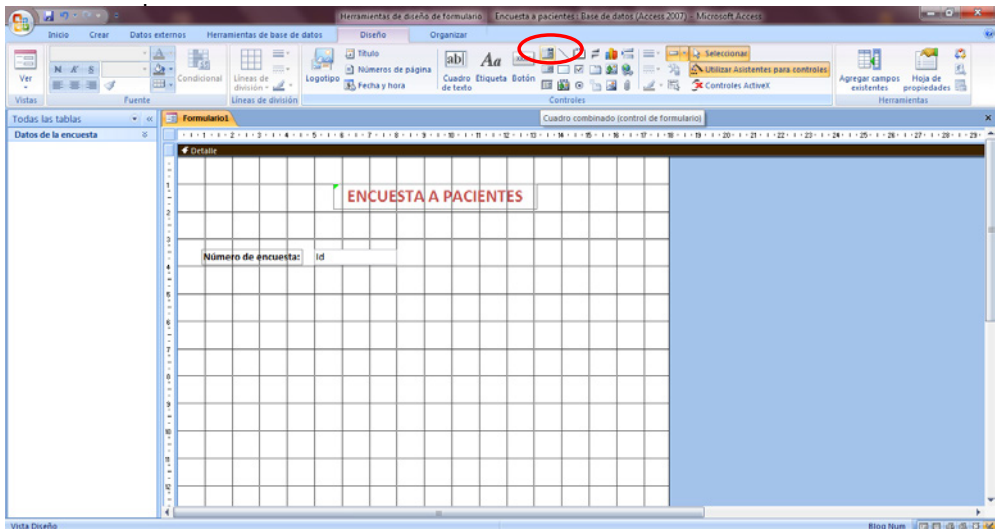
Para crear el primer campo correspondiente al número de identificación de la encuesta, simplemente se pincha dos veces en la tabla de la derecha el campo “Id” y el campo aparece en la cuadrícula (también se puede arrastrar el campo desde la parte de la derecha hasta la cuadrícula).



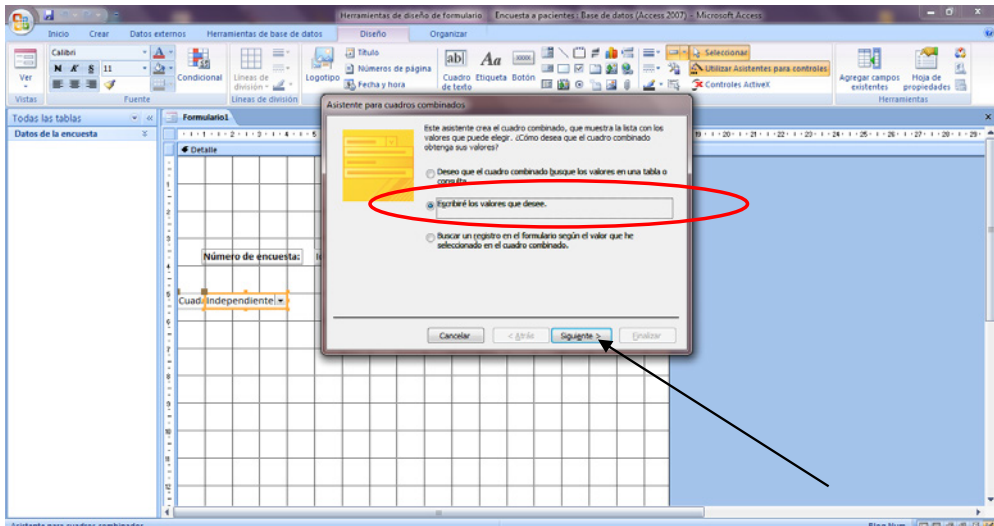
Podemos cambiar la etiqueta e introducir el texto explicativo necesario, pinchando dentro de la etiqueta y cambiando el texto.



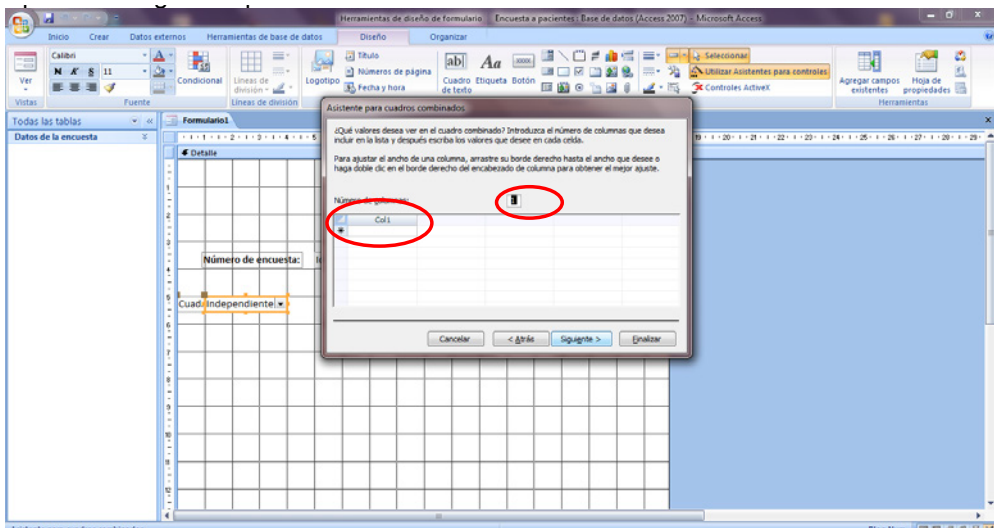
Para crear las preguntas de nuestro cuestionario, vamos a crear listas desplegables para facilitar la introducción de las categorías de los ítems de la encuesta. Para ello, hacemos uso de la herramienta, “Cuadro combinado”, pinchamos en el botón y volvemos a pinchar en la cuadrícula.



Aparecerá el campo en la cuadrícula y el “Asistente para cuadros combinados”. Le indicaremos la segunda opción “Escribiré los valores que desee” y pulsamos siguiente.

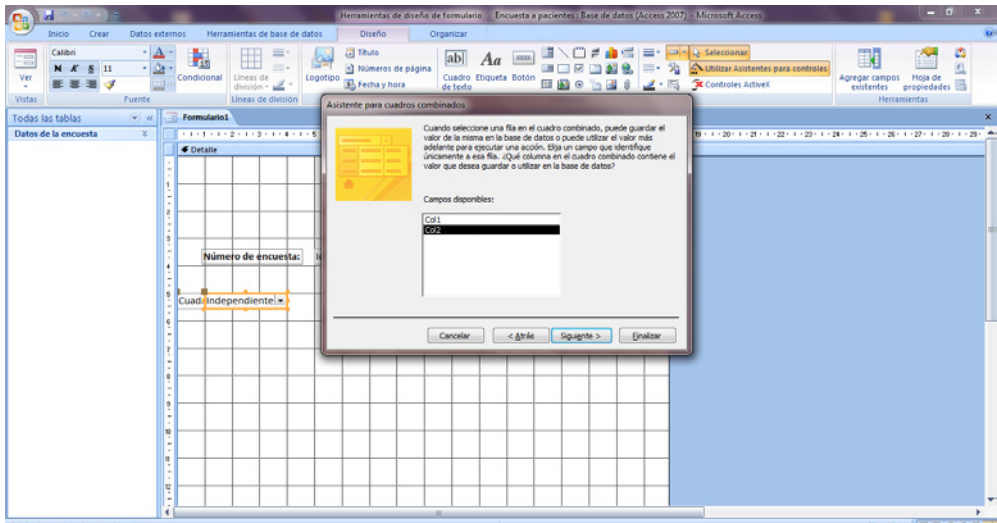


Aparece la siguiente pantalla. Nos situamos dentro de Col1.

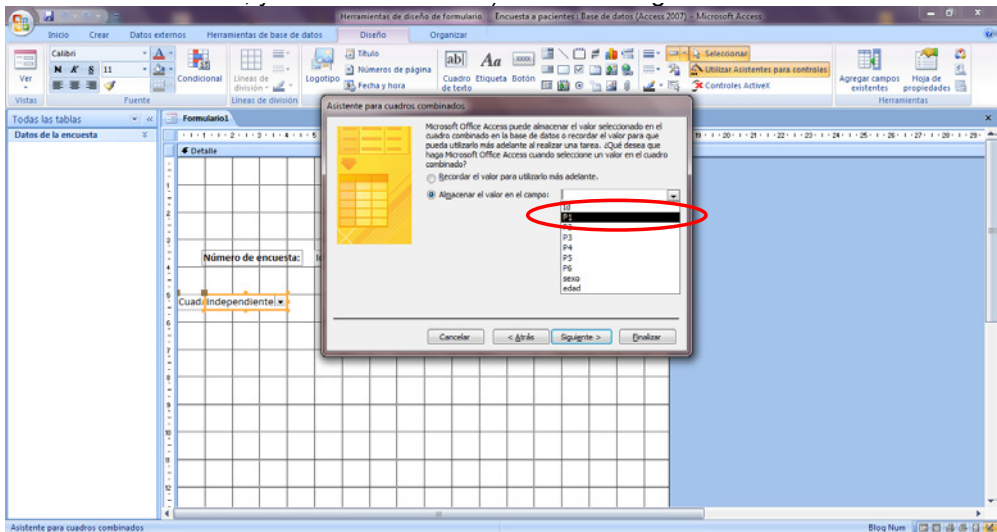


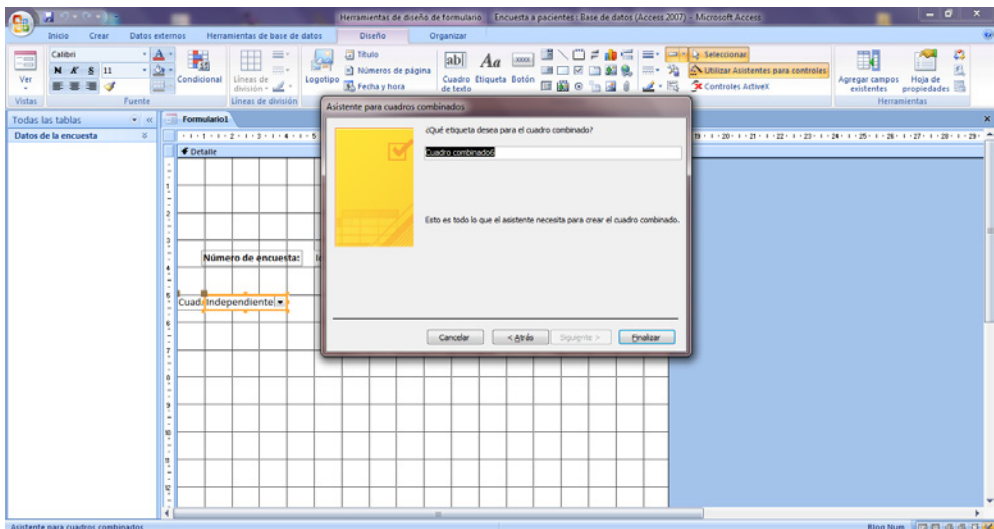
Le indicamos 2 columnas





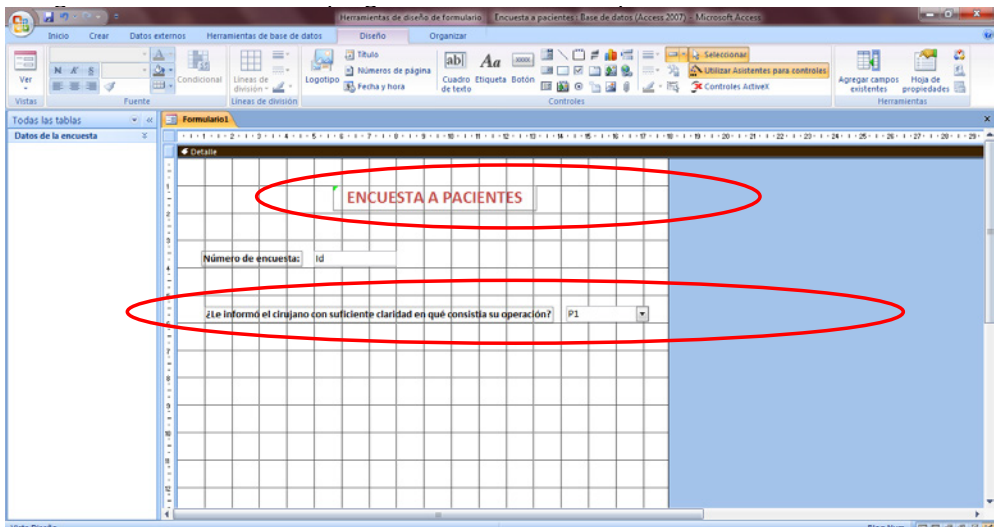
En la siguiente pantalla, seleccionamos la segunda opción “Almacenar el valor en el campo” y seleccionamos con el desplegable, P1 (porque estamos en la primera pregunta de la encuesta, si estuviéramos haciendo la segunda pregunta, seleccionaríamos P2, y así sucesivamente). Pulsamos siguiente.



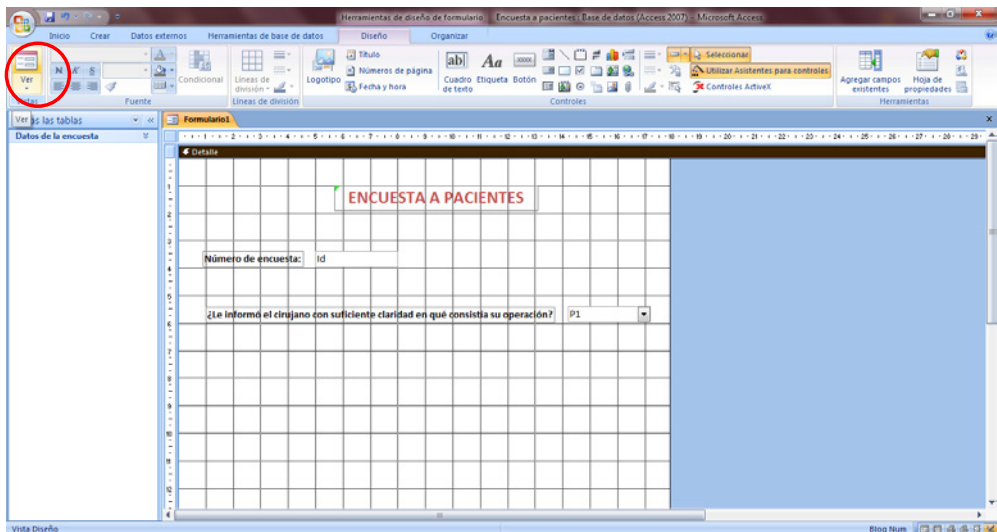


y seleccionamos Finalizar.

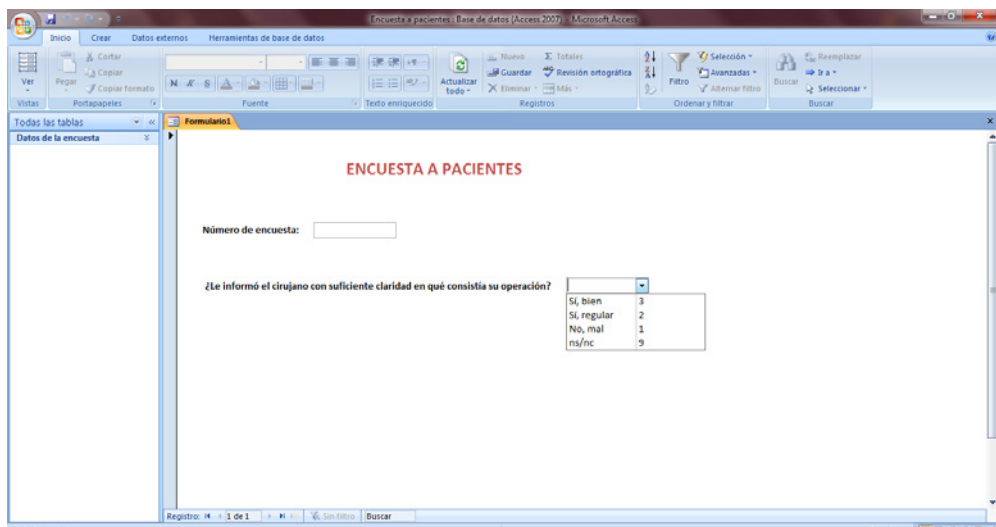
Arreglamos el formato de la pregunta de la encuesta que acabamos de introducir.



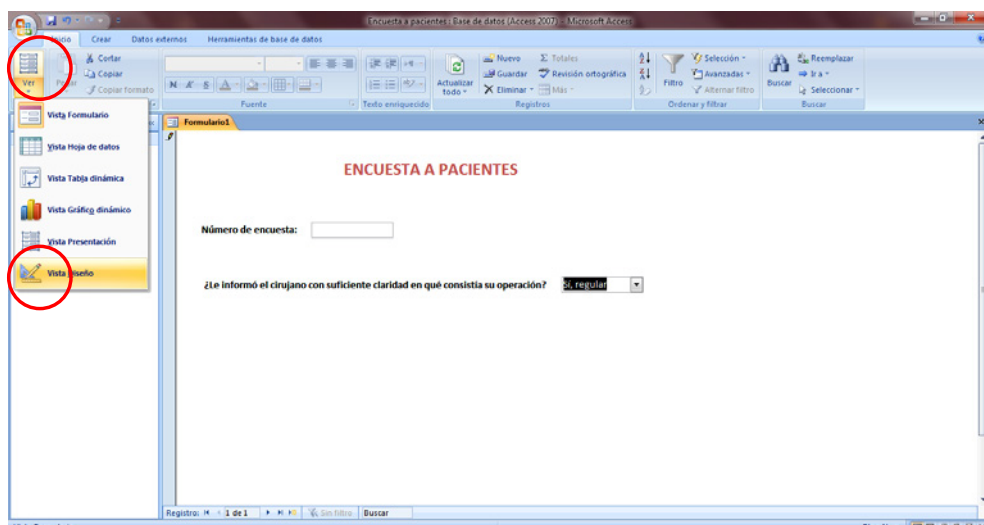
Observamos cómo estamos diseñando el formulario, pulsando al botón “Ver (Vista de formulario)”.



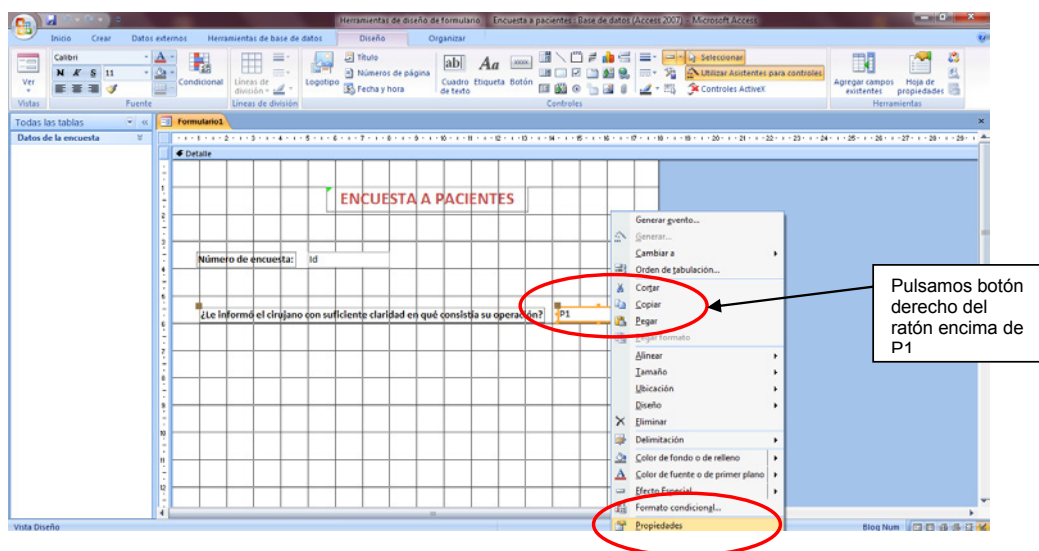
Nos aparecerá el formulario con el diseño tal y como lo vamos a utilizar para la realización de la encuesta.



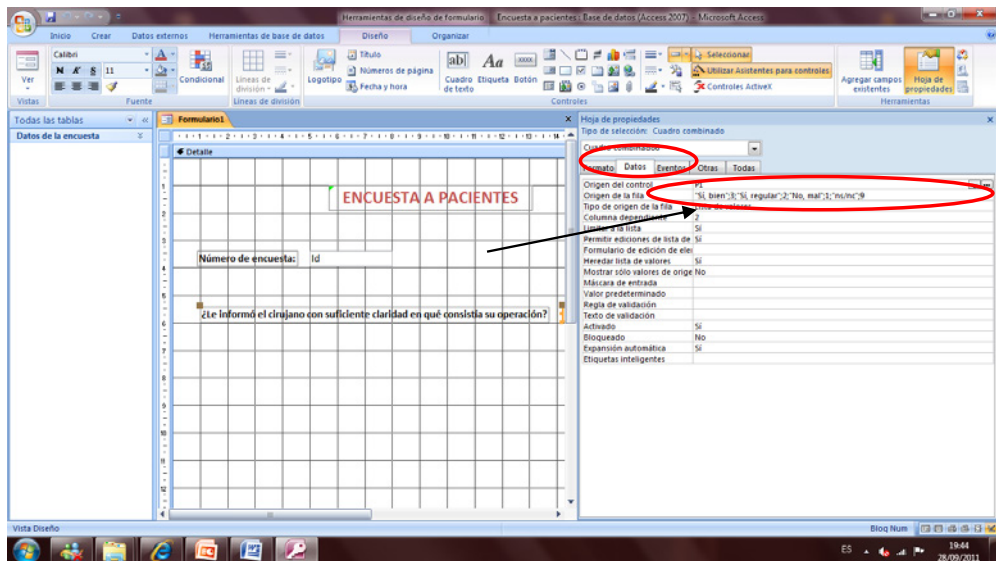
Volvemos a la vista diseño para seguir introduciendo las demás preguntas de la encuesta pulsando el botón indicado en la figura.



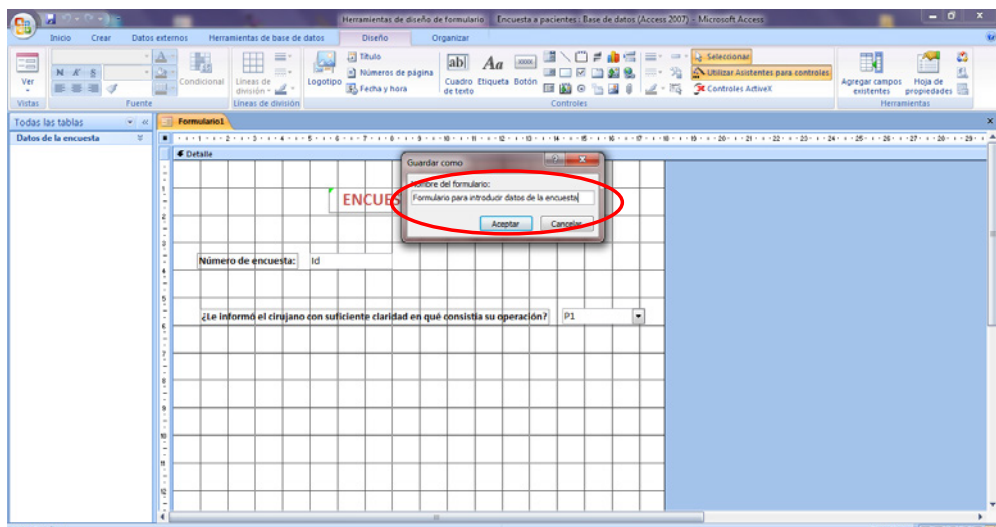
Si nos equivocamos al introducir las categorías de una pregunta, las podemos modificar en la vista diseño. Nos posicionamos encima del campo y pulsamos botón derecho y seleccionamos propiedades.



En la ficha Datos, en “Origen de la fila”, podemos cambiar la redacción de las categorías e incluir alguna que se nos haya olvidado anteriormente, siempre entre comillas y separadas por punto y coma.



Guardamos el formulario y nos pedirá un nombre, le llamamos “Introducción datos de la encuesta”, le damos a Aceptar.



Una vez creado el formulario, se pueden introducir todos los datos que se quieran. Nos vamos a vista del formulario y vemos que hay unos botones en la parte inferior. Estos botones se utilizan para moverse entre los diferentes registros.

The screenshot displays a Microsoft Access database window. The title bar reads 'Encuesta a pacientes (Base de datos/Access 2003)'. The ribbon at the top includes 'Inicio', 'Crear', 'Datos externos', and 'Herramientas de base de datos'. The 'Formulario para introducir datos de la encuesta' is open, showing a form titled 'ENCUESTA A PACIENTES'. The form contains two main fields: 'Número de encuesta:' with a text input box, and '¿Le informó el cirujano con suficiente claridad en qué consistía su operación?' with a dropdown menu currently set to 'Sí, regular'. At the bottom of the form, the status bar indicates 'Registros: 1 de 1' and 'Sin filtro'. A red circle is drawn around the 'Sin filtro' button in the status bar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Casas Anguita J, et al. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria* 2003; 31(8):527-38 | 527.
- Galán I, et al. (2004)-Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud. *Gac Sanit* 2004;18 (6):440-50.
- Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M. (1996). Metodología de investigación en epidemiología. Ediciones Diaz de Santos.
- Zikmund W. (2003). Fundamentos de investigación de mercados. Ediciones Thomson Editores Spain Paraninfo.



## CAPÍTULO 8

# CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN: CÓMO CONOCER Y MEDIR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

ENCARNACIÓN AÑÓ CONSUEGRA  
SESCAM

### 1. INTRODUCCIÓN

La década pasada ha traído un creciente interés en la comprensión de cómo las personas experimentan los servicios de salud. En una organización orientada al paciente y a la mejora de la atención que presta, se hace necesario el **uso de herramientas que nos permitan recopilar información sobre la experiencia personal del paciente respecto a su proceso asistencial, aproximarnos a sus expectativas, y detectar aquellos aspectos que sugieren mejorables**, para poder así implementar mejoras en la gestión. Conocer, analizar y mejorar la experiencia del paciente en un servicio de salud, debe ser objetivo clave en las organizaciones sanitarias.

En los sistemas sanitarios, ésta es una de las líneas estratégicas básicas en las que se trabaja en los Servicios de Atención al Usuario; desempeñan el papel de “sensor de opinión” en la organización, de cara a proyectar la voz de los pacientes en la organización y potenciar la puesta en marcha de acciones que logren mejorar su satisfacción. En otras palabras, detectar aquellos aspectos que los grupos de interés sugieren mejorables, para poder así implementar mejoras en la gestión centradas en el paciente.

Existen formas diversas de conocer y “medir” la experiencia del paciente, y que buscan asimismo determinar perfiles de usuarios satisfechos/insatisfechos describiendo qué elementos/dimensiones están condicionando la satisfacción y en qué medida. En este tema, nos proponemos adentrar en algunas de estas **herramientas metodológicas de corte cuantitativo y cualitativo ya vistas en temas anteriores, aplicándolas al campo de la calidad percibida y satisfacción del usuario en un servicio público de salud.**

Como veremos, son muchas las técnicas que se pueden aplicar para conocer y analizar la experiencia del paciente, pero es posible establecer cuál de ellas es más efectiva o mejor, ya que cada una sugiere unos pros y contras que también intentaremos describir.

## 2. CALIDAD PERCIBIDA Y GESTIÓN ORIENTADA AL PACIENTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el concepto de **Calidad Asistencial** en los Servicios de Salud debe incluir aspectos como la excelencia profesional, eficiencia de los recursos, seguridad del paciente, resultados en salud, así como el grado de satisfacción por parte del paciente. Efectivamente, en el ámbito de la prestación de los servicios sanitarios, la calidad asistencial puede definirse a partir de dos dimensiones básicas: Calidad científico-técnica y Calidad percibida.

Cuando hablamos de **calidad científico-técnica**, nos referimos a aquellas características técnicas o funcionales del servicio prestado. Se evalúan aspectos tales como la eficacia, efectividad, adecuación, competencia técnica y seguridad, siendo medible y cuantificable a partir del cumplimiento de unos estándares definidos, y por tanto, comparable desde un punto de vista técnico. Como vemos, la objetividad es una de las características de la calidad científico-técnica.

Pero unido a estas dimensiones, existen otros aspectos que el paciente/familiar valora también respecto a la atención que recibe, y que van conformando una percepción subjetiva y personal de todo su proceso asistencial. La **calidad percibida** procede del juicio del usuario, evaluando de forma amplia la satisfacción respecto a otros elementos más allá de los científico-técnicos tales como la información, la accesibilidad al sistema sanitario, el trato, el confort, la continuidad de cuidados o la capacidad de respuesta. En este sentido, se entiende como la diferencia entre lo que el usuario espera/desea (sus expectativas) y lo que percibe u obtiene, o como *“la apreciación que hace el paciente de la adecuación, resultados y beneficios del conjunto de actuaciones en el marco de la atención sanitaria”*<sup>1</sup>. Es decir, la cali-

---

1 Mira JJ. y Aranaz, J. *La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria*. Med Clin 2000; 114 (Supl 3):26-33.

dad percibida podemos resumirla en la **evaluación (subjettiva) que los pacientes/familiares realizan de la totalidad de su proceso asistencial**.

Por último, para cerrar la introducción de este concepto de calidad asistencial, cabe mencionar que estas dos dimensiones de la calidad no son sustitutivos, y únicamente podremos trabajar en mejorar la Calidad Percibida, cuando se parta de una calidad objetiva alta en la organización, pues trabajar en estos aspectos de la calidad percibida, cuando se está prestando un servicio de baja calidad técnico-asistencial, obviamente irrita al usuario.

Nos encontramos pues, con que el concepto de Calidad Percibida, tiene mucho que ver con la **gestión orientada al paciente**, pues uno de los requisitos fundamentales para el éxito en cualquier organización, y también en la sanitaria, es identificar a los grupos de interés, conocer sus necesidades/expectativas, y orientar la toma de decisiones y actuaciones en gestión hacia éstas.

Aunque tradicionalmente sabemos que desde las organizaciones sanitarias no se ha considerado importante la participación de paciente en este sentido, hoy es plenamente aceptado que las organizaciones deben orientarse a sus grupos de interés prioritarios, y bajo este precepto **la utilización de herramientas y fuentes de información que nos permitan conocer la satisfacción del paciente respecto a la asistencia recibida y acercarnos a su experiencia como pacientes/familiares, debe constituir uno de los motores imprescindibles para guiar la gestión de los servicios de salud** y mejorar así la atención que se presta en función de los requerimientos del usuario.

En este sentido, cabe destacar la existencia de estudios que respaldan la importancia de medir la satisfacción del paciente como uno de los pilares básicos de la calidad en temas de salud, estableciendo incluso relaciones entre ésta y los resultados clínicos<sup>2</sup>; este es el caso de una revisión sistemática de 55 estudios en atención primaria y especializada que se realizó en el Reino Unido, evidenciando vínculos entre la experiencia del paciente, la seguridad del paciente y la efectividad clínica. Todo ello otorgaría soporte al argumento de que las dimensiones de la calidad deben ser tomadas como un conjunto y no de forma aislada<sup>3</sup>.

En los servicios de salud, tal y como avanzábamos en la introducción, ésta es una de las líneas estratégicas básicas de trabajo en los **Servicios de Atención al Usuario**; desempeñan el papel de “*sensor de opinión*” en la organización, de cara a proyectar la voz de los pacientes en la organización y potenciar la puesta en marcha de acciones que logren mejorar la satisfacción de los/as usuarios/as.

2 Riskind P, Fossey L, Brill K (2011). *Why measure patient satisfaction?* J Med Pract Manage; 26.

3 Doyle C, Lennox L, Bell D (2013). *A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness*. BMJ Open; 3.



Figura I: Escuchando la voz de los usuarios en la organización.

En esta línea, otra de las estructuras básicas en los Servicios de Salud como marco para el trabajo de estos aspectos, son los **Comités de Calidad Percibida**. El Comité de Calidad Percibida, es una estructura funcional multidisciplinar existente en algunos Centros Sanitarios, cuyo objetivo general es conocer y mejorar la calidad percibida por los pacientes y familiares; mencionar brevemente algunas de las líneas de trabajo clave que se desarrollan desde estos comités:

- Analizar las opiniones de los pacientes/familiares e identificación de áreas de mejora, a través del desarrollo de canales de información y técnicas que permitan conocer y medir la percepción de los pacientes (grupos focales, entrevistas, encuestas, asociaciones de pacientes.....)
- Priorizar, definir y proponer líneas de trabajo en calidad percibida, de acuerdo con las áreas de mejora identificadas y la viabilidad de las mismas.
- Dar a conocer y sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de la opinión del usuario en la mejora de la calidad, promoviendo la cultura de la Calidad en la organización.
- Disponer de un espacio institucional de recogida, debate y análisis de problemas relacionados con la calidad percibida por los usuarios y acompañantes,
- Colaborar con otros grupos de trabajo, comisiones y equipos directivos, orientando la gestión a las expectativas y necesidades de los ciudadanos.

### 3. ¿QUÉ ENFOQUE METODOLÓGICO UTILIZAR, CUANDO TRATAMOS DE MEDIR Y ANALIZAR EXPERIENCIAS Y SATISFACCIÓN?

La medición de la experiencia del paciente y la puesta en marcha de métodos y canales para escuchar su voz, “*constituye una revolución silenciosa que paulatinamente va introduciendo un cambio en la cultura de las organizaciones*”<sup>4</sup>. Pero, medir la experiencia del paciente respecto a su vivencia asistencial no es objeto de estudio fácil; por ejemplo en ocasiones, y no pocas, el/la paciente puede reportar altos niveles de satisfacción, y al mismo tiempo describir experiencias mucho menos óptimas<sup>5</sup>. ¿Cómo escuchar desde una Organización sanitaria a los/as pacientes?, ¿Qué técnicas de investigación utilizar? ¿Existe evidencia sobre el mejor uso de éstas en la obtención de resultados?

Tal y como hemos visto en los capítulos anteriores, podemos resumir que el objetivo de la investigación cualitativa, es entender, profundizar e interpretar la realidad, centrándose por tanto en actitudes, creencias, opiniones, motivaciones; por otra parte, la investigación cuantitativa, podemos decir que su objetivo principal es medir centrándose más en responder a cuestiones como el donde, el cuando el cómo y el quien....

Hemos visto, que en líneas generales existe cierto consenso en las ciencias sociales en cuanto al **uso de técnicas cuantitativas y cualitativas de modo complementario**, y no como enfoques metodológicos opuestos entre sí. En la medición de la opinión/satisfacción del paciente, si más cabe esta concepción: dado el alto grado de complejidad que supone la propia vivencia de un proceso asistencial, la **combinación de ambos métodos y diversas fuentes de información nos permiten un mayor acercamiento a esa realidad sentida por el paciente**. A groso modo podemos decir, que si las técnicas cuantitativas en datos numéricos logran aproximarnos de forma “superficial” identificando incluso un sentir “general”, el enfoque cualitativo, nos permite profundizar en esas vivencias, experiencias... indagando a través de una retroalimentación mayormente descriptiva.

---

4 Sociedad española de Atención al Usuario de la Sanidad (2010). *Claves para la Gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud*.

5 Byrne K, Sims-Gould J, Frazee K, Martin-Matthews A (2011). “I’m satisfied ... but”: clients’ and families’ contingent responses about home care. *Home Health Care Serv Q*; 30.

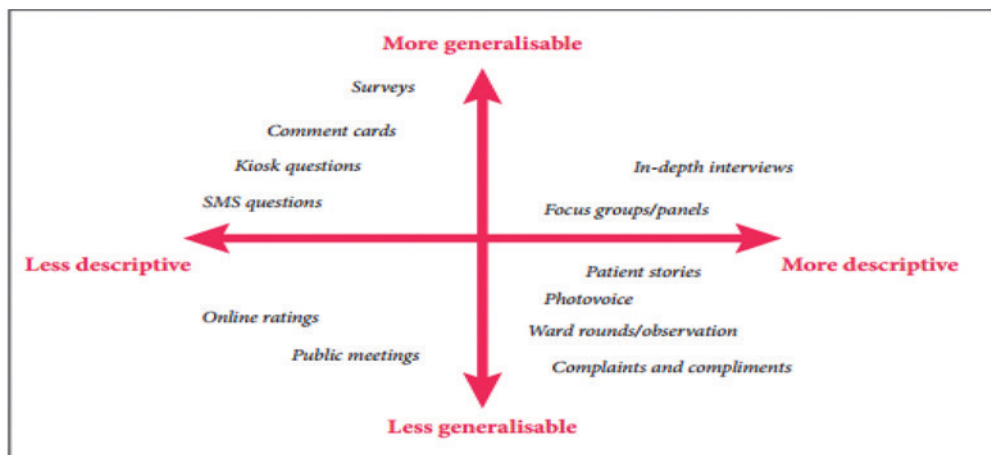


Figura II. Ejemplos de métodos utilizados para medir la experiencia del paciente<sup>6</sup>.

Por tanto, un buen uso en la combinación de estos enfoques y técnicas, supone una enriquecedora complementación en la búsqueda de resultados de satisfacción. Una breve encuesta puede ayudarnos a disponer de una visión sobre tendencias generales que se pueden cuantificar y comparar en el tiempo; si a esto le sumamos algunas entrevistas o un grupo focal orientado a indagar en aquellos aspectos que la encuesta ya ha identificado, obtendremos una mayor comprensión del por qué de esos datos y del sentir de esa población atendida respecto a esos aspectos.

¿Pero cuando utilizar unas técnicas u otras? En principio, estos enfoques metodológicos como hemos ido viendo, pueden discernirse de acuerdo a la profundidad de información que proporcionan y al grado en que recogen información (generalizables a una población más amplia o no). En la selección de un enfoque apropiado de medición, puede ser necesario sopesar la importancia de la profundidad frente a la generalización, o combinar los enfoques para obtener una mezcla de ambos<sup>7</sup>.

Una de las cuestiones importantes que nos ayudará a la hora de establecer una estrategia de investigación para conocer la opinión del paciente, es qué aspectos de la experiencia queremos indagar...qué queremos medir.

Cómo hemos visto, la experiencia vivida, la satisfacción/insatisfacción percibida por el paciente es algo complejo y multidimensional; en la *figura III*, se muestran algunos de los aspectos que inciden en la percepción del paciente respecto al servicio sanitario prestado:

<sup>6</sup> De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; 18.

<sup>7</sup> De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; Nº 18.

|                                             |                                          |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| • <b>Relación paciente y profesional</b>    | • <b>Información y asesoramiento</b>     |
| • <b>Trato recibido</b>                     | • <b>Confianza</b>                       |
| • <b>Habilidades comunicativas</b>          | • <b>Accesibilidad a los servicios</b>   |
| • <b>Aspectos organizativos</b>             | • <b>Tiempos de espera</b>               |
| • <b>Confort instalaciones y espacios</b>   | • <b>Satisfacción global</b>             |
| • <b>Resultados clínicos obtenidos</b>      | • <b>Cuidados y atenciones recibidos</b> |
| • <b>Disposición recomendar el servicio</b> | • <b>...</b>                             |

Figura III. Aspectos que conforman la calidad percibida por parte del paciente.

En este sentido, conocer estos aspectos y decidir cuál de ellos nos interesa abordar, nos facilitará también la elección de la herramienta a utilizar, pero verdaderamente no se puede confirmar que en este ámbito haya una mejor o más efectiva, teniendo todas sus pros y contras, por lo que deberemos también elegir las en función del contexto, perfil de pacientes, recursos humanos y materiales, tiempos etc... Veamos algunas de estas técnicas.

**4. ¿CÓMO ESCUCHAR LA VOZ DE NUESTROS/AS USUARIOS/AS?: FUENTES, TÉCNICAS Y USOS**

En esta unidad, nos proponemos reflejar la aplicabilidad de algunas de estas técnicas y canales de información que podemos utilizar en el ámbito de la calidad percibida, principalmente para conocer la opinión de los/as usuarios/as respecto a la asistencia y servicios prestados. Al mismo tiempo, intentaremos mostrar a modo de ejemplo, la experiencia en cuanto a la aplicación de algunas de estas herramientas en el Servicio de salud de Castilla la Mancha (SESCAM), y concretamente en la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

Cada una de las herramientas, como decíamos muestra una serie de fortalezas y debilidades; intentaremos también desgranarlos a partir del análisis que realiza en el año 2013 *The Health Foundation* en Reino Unido<sup>8</sup>, a través de una revisión bibliográfica de 328 estudios empíricos de cada una de las herramientas, mostrando sus limitaciones y potencialidades.

8 De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; Nº 18.

#### 4.1. ANÁLISIS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES formuladas por los usuarios/as del Servicio de Salud.

El análisis de las reclamaciones formuladas por los pacientes y usuarios en un centro sanitario, podemos entenderla como un método indirecto ya que está basado en recoger datos de una fuente ya establecida en un servicio de salud, como canal de información entre el paciente y la organización.

La explotación de estos datos, se hace impensable obviarlo, pues brindan la oportunidad de detectar problemáticas y conocer la opinión de los usuarios, y en este sentido, actualmente supone en los Servicios de Salud, una de las fuentes más instituidas para detectar posibles insuficiencias, si bien, todavía en muchos casos se atienden de forma superficial y a “disgusto” sin aprovechar su potencial transformador, al identificar oportunidades y áreas de mejora.

Entendemos la **reclamación como la expresión de la opinión no satisfactoria de un usuario/a en relación con un acto o proceso asistencial o administrativo**, en relación con su sistema sanitario. Es importante conocer, que la reclamación tiene su razón de ser como derecho de todo usuario/a de un Servicio de Salud, como forma de participación legalmente establecida y como una oportunidad de mejora, y por tanto, estrategia de la organización. Detengámonos en mostrar la **doble dimensión** que alberga:

- a. Como derecho del paciente*, dentro de un amplio marco normativo que lo avala. (Ver figura IV). En la Orden 20-02-03 sobre Quejas y Reclamaciones en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha, así es como se define: “Se entiende por queja la simple comunicación de los usuarios de su insatisfacción por el funcionamiento de los servicios sanitarios, prestaciones recibidas, cuidado y atenciones. Puede tratarse de requerimientos de naturaleza sanitario-asistencial o no asistencial. Cuando dicha comunicación se acompaña de una demanda concreta sobre cualquiera de estos aspectos, se considera reclamación”

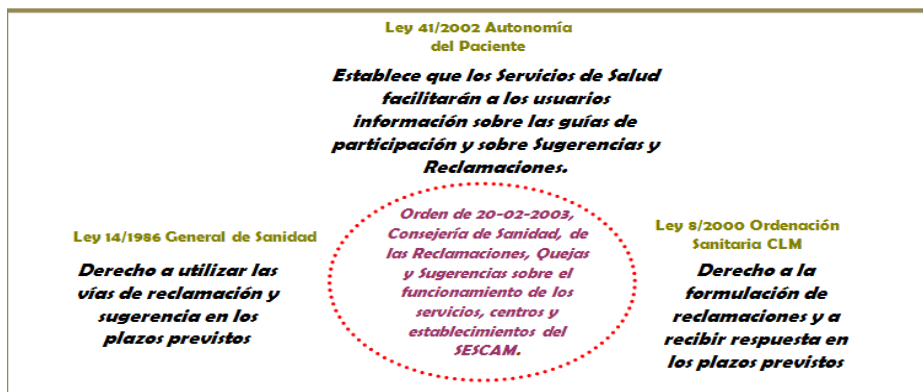


Figura IV. Marco Normativo de la Gestión de Reclamaciones.

**b. Como fuente de detección de áreas de mejora.** La reclamación es también una oportunidad de mejora, la información que se obtiene de las reclamaciones dice mucho de la organización y es muy útil para identificar puntos críticos de mejora<sup>9</sup> “*La recopilación y análisis sistemático de las reclamaciones, debe utilizarse para reunir información sobre la calidad de la asistencia sanitaria, y como indicación de las áreas y aspectos que necesitan mejorarse*” Recomendación nº R 5 (2000) del Consejo de Europa.

En el Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM), el análisis estadístico se realiza tomando como fuente de datos el registro de las reclamaciones que cada centro Sanitario de la región realiza en la aplicación *Sistema de Gestión de Reclamaciones y Sugerencias (SGRS)*. A nivel cuantitativo se explotan los datos por número total de reclamaciones por centro sanitario y/o servicio, y codificado por categorías/motivo de reclamación (falta de información, trato recibido, lista de espera, disconformidad de la asistencia, demoras, limpieza etc...).

Concretamente, desde la experiencia de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real, se incorpora en esta explotación una nueva variable, la actividad asistencial de cada servicio, estableciendo *Tasa de Incidencia de Reclamaciones*, la denominada TIR (número de reclamaciones por cada 10.000 actos asistenciales). Conjugando reclamaciones y asistencia, en lugar de disponer únicamente de los datos de reclamaciones en bruto, nos permite disponer de una mayor precisión en el análisis de las tendencias, monitorizar un indicador numérico de calidad percibida y avanzar en la disposición de herramientas que nos permitan un *benchmarking* en el ámbito de las reclamaciones con otros centros sanitarios.

A partir de la explotación de estos datos por parte de los Servicios de Información y Atención al usuario, se debe generar y potenciar la transmisión de estos resultados a los puestos directivos y al resto de profesionales de la organización de cara a la puesta en marcha de acciones de mejora en los aspectos peor valorados. Cada servicio así, dispondrá por una parte de las tendencias anuales tanto de la TIR, como de cada una de las categorías y motivos de reclamación. La siguiente figura, muestra un ejemplo de los informes que se trasladan a los distintos Centros de Salud y Servicios, que muestra el evolutivo de la tasa y el número total de reclamaciones.

---

<sup>9</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud*.

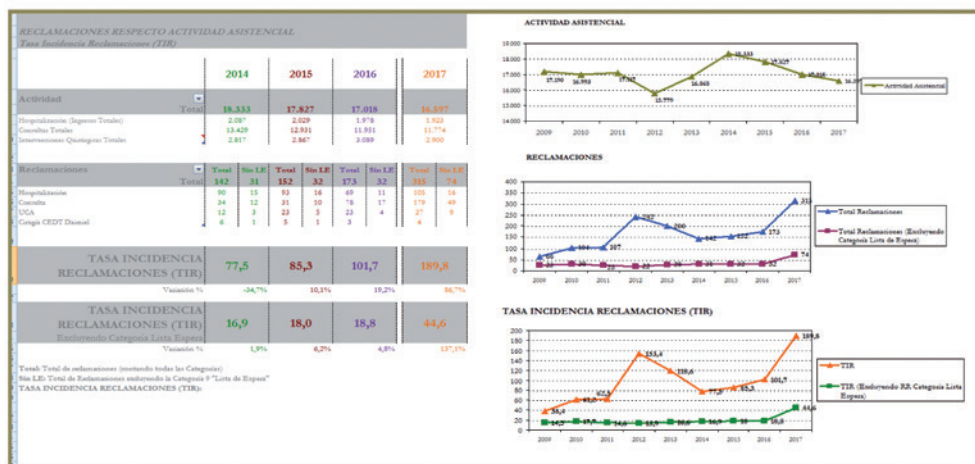


Figura V. Informes de reclamaciones por Servicios.

Para finalizar con esta fuente de información, mencionar algunas de las fortalezas y debilidades del uso de las reclamaciones como fuente de información para conocer la opinión de los pacientes. Por una parte, su análisis cuantitativo podemos decir que proporciona un “mapa general” del centro sanitario en cuanto a aquellos aspectos en que las personas sienten como verdaderamente preocupantes y por tanto mejorables, si bien hay que pensar un importante sesgo que es su tendencia hacia los aspectos más graves de la atención recibida, es decir, tienden a recoger las experiencias extremas y vivencias negativas, no se puede interpretar por tanto, como una opinión generalizable y se hace muy necesario complementarlo con otros métodos directos de indagación diseñados a tal fin, como veremos a continuación.

Figura VI. Fortalezas y Limitaciones de medir la experiencia del paciente a través de las reclamaciones.

| Fortalezas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Limitaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Puede proporcionar información detallada sobre aspectos que necesitan mejorar.</b></p> <p><b>Permite identificar cuestiones que las personas sienten verdadera preocupación, al ser de reporte espontáneo.</b></p> <p><b>Beneficiarse de una fuente de información del paciente ya establecida en la organización.</b></p> <p><b>Traducir la visión de la reclamación como una oportunidad de mejora, además de derecho del paciente.</b></p> | <p><b>Al tratarse de un sistema formal, puede darse una tendencia a recoger experiencias extremas.</b></p> <p><b>Riesgo de enfocar el análisis en experiencias muy individuales, en lugar de aspectos más amplios de atención o servicios.</b></p> <p><b>No recoge los aspectos positivos y puntos fuertes del servicio que se presta.</b></p> |

Fuente: Elaboración propia a partir de De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; 18<sup>10</sup>

4.2. Asociaciones de pacientes y grupos de autoayuda

Al igual que las reclamaciones, el canal de comunicación que se establece con las Asociaciones de pacientes, contituye otro de los métodos (no directos) de aproximación al conocimiento de la opinión de los pacientes. **Las Asociaciones de Pacientes y familiares (ASPF) constituyen un grupo de interés clave para el sistema sanitario**, y en este sentido las organizaciones sanitarias destinan cada vez más recursos tanto materiales como capital humano al despliegue de proyectos de colaboración con los movimientos asociativos.

En esta línea, la implicación y participación de los movimientos asociativos en los sistemas sanitarios, son fundamentales en dos vertientes:

1. Como una de las **fuentes principales de información** en cuanto a detección de áreas de mejora para la organización (calidad percibida).
2. En el papel que desempeñan como **soporte al paciente** ofreciéndole unos servicios/ recursos determinados, que complementan en gran medida la atención sanitaria pública.

10 De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; 18.

Establecer un canal de comunicación con las Asociaciones de pacientes y familiares, supone disponer de una importante fuente de información de cara a conocer las necesidades y opiniones del paciente respecto a la atención que reciben. Por ello, se hace necesario potenciar el diálogo con las Asociaciones con la finalidad de detectar aspectos y propuestas de mejora en cuanto a la organización sanitaria, y trabajar conjuntamente en el desarrollo de actuaciones en beneficio de los/as pacientes.

Concretamente el Hospital General Universitario Ciudad Real en el año 2012, en el marco de la *Memoria de sostenibilidad 2008-2011*<sup>11</sup>, potencia la apertura de un canal de comunicación con las asociaciones de pacientes con los propósitos anteriormente descritos. Para ello, en primer lugar se elabora un directorio de asociaciones del área de salud, informándoles sobre la iniciativa e invitándoles a participar. Se establece un primer contacto y reuniones de encuentro con informantes clave de la principales asociaciones utilizando la técnica cualitativa de **la entrevista**. Se diseña una **entrevista semiestructurada**, estableciendo un guión que incorpora los temas que queremos explorar, proponiéndonos recopilar información en tres líneas básicas, y realizando posteriormente un análisis descriptivo de las respuestas:

- Conocer el perfil de la asociación.
- Conocer las colaboraciones existentes hasta el momento entre la asociación y los servicios del hospital.
- Identificar áreas de mejora que detectan cada una de las asociaciones y recoger sus propuestas de colaboración futuras.

Para finalizar este apartado resaltar que hay un largo camino a recorrer en la línea de la participación ciudadana en temas de salud. Aunque las organizaciones de pacientes existen desde hace muchas décadas, en la actualidad, y en la mayor parte de las sociedades desarrolladas, se asiste a un período de auge de estos movimientos asociativos. Al mismo tiempo, este interés que venimos remarcando en conocer las preferencias de los pacientes ha dado lugar en algunos países, a tomar como uno de los ejes centrales en sus políticas la participación de las asociaciones en las decisiones que afectan al funcionamiento de los servicios sanitarios. Pero la realidad en la gran mayoría de países, es que el fomento de la participación de las asociaciones, no es consistente en las políticas sanitarias. De hecho, hay estudios que muestran esta “*necesidad de un compromiso creíble de las autoridades sanitarias en la faci-*

---

11 Mas información en <http://www.hgucl.es/wp-content/hgucl/flash/hgucl.html>.

*litación de mecanismos y espacios de decisión y elección, así como de evaluación efectiva del funcionamiento de dichos mecanismos”.*<sup>12</sup>

#### **4.3. Encuestas de satisfacción**

Pasamos ya en este apartado, a desarrollar una de las técnicas ya directas de investigación: la encuesta de satisfacción.

La encuesta de satisfacción es tradicionalmente una de las **herramientas más comúnmente utilizadas para la realización de estudios de opinión del consumidor/a de servicios, y en nuestro caso del paciente**. Se considera uno de los medios más económicos y eficientes en la obtención de información por parte de los usuarios/as. El objetivo principal de la encuesta es medir la opinión del paciente sobre la atención recibida; es la voz del usuario en cifras.

Las encuestas de satisfacción en el caso del Servicio de Salud de Castilla La Mancha, son realizadas principalmente a nivel regional con periodicidad anual. Se toma como población de referencia usuarios atendidos por el SESCOAM, realizando una distribución de la muestra (estratificada) por usuarios de Atención Primaria, Atención Especializada, Consultas Externas y Urgencias Hospitalarias.

Las encuestas de satisfacción nos permiten<sup>13</sup>:

- Obtener **información cuantitativa sobre percepciones y satisfacción global** con el servicio recibido por parte de los usuarios y valoraciones sobre calidad percibida.
- **Detectar problemas y áreas de mejora** en la calidad de la atención, obteniendo valoraciones en cuanto a aspectos tales como: atención recibida de los profesionales, medios e infraestructuras disponibles, accesibilidad, condiciones de prestación de los servicios, organización y funcionamiento de éstos, seguridad y confianza que le merecen, trato personal, amabilidad y valoración de los tiempos hasta recibir la atención.
- Realizar **análisis de tendencias interanuales de las principales variables**, construyendo índices sintéticos de satisfacción que facilitan un seguimiento longitudinal en el futuro.

---

<sup>12</sup> García-Sempere A., Artells J.J. *Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes: encuesta a informadores clave*. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona. España.

<sup>13</sup> SESCOAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida (2008) *Estrategia de Confortabilidad en el SESCOAM*.

La aplicación de esta técnica como vemos, aún no alcanzando profundidad en el conocimiento de la experiencia del paciente, nos permite realizar una fotografía de sus percepciones a nivel general, abordando los temas a nivel superficial.

Otra de las claves que nos proporciona el uso de esta técnica, es la utilización de escalas de medición, la facilidad de monitorizar los ítems a lo largo del tiempo, y la comparabilidad entre distintos contextos; por el contrario no es una buena técnica de cara al abordaje de temas sensibles para el paciente.

Por último, cabe mencionar las dificultades en cuanto a contar con participación de las personas en las encuestas, por lo que suele darse un alto índice de falta de respuesta suponiendo un sesgo importante en el uso de la técnica. Causa de esto puede ser debido a que es una técnica muy usada a nivel general desde distintos ámbitos de consumo y prestación de servicios, tanto en el ámbito público como privado, por lo que existe una “sobrecarga” en el consumidor/usuario. En contraposición, nos encontramos con una técnica que puede dar cobertura a una amplia población de referencia, siendo a la vez de fácil análisis de resultados, hecho que hace que su uso siga predominando en el campo sociosanitario.

Figura VII. Fortalezas y limitaciones de medir la experiencia del paciente a través de las encuestas<sup>14</sup>

| <b>Fortalezas</b>                                                                                            | <b>Limitaciones</b>                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Facilidad de utilizar escalas numéricas para el análisis.</b>                                             | <b>Falta de capacidad para llegar a la información en profundidad; tendencia a la información superficial.</b>                          |
| <b>Existencia de herramientas validadas que pueden ser utilizadas o adaptadas para el contexto local.</b>    | <b>No cobertura de los aspectos más delicados de la experiencia del paciente como puede ser la dimensión emocional.</b>                 |
| <b>Permite la estandarización (y por tanto la comparación) de preguntas, proceso y método de análisis .</b>  | <b>Las personas pueden sentir “sobrecarga de la encuesta” ya que el método es utilizado muy comúnmente (poco rigor en la respuesta)</b> |
| <b>Permite el anonimato, el cual permite en coasiones que las personas se sientan más cómodas al opinar.</b> | <b>Puede excluir a personas que no disponen de una buena alfabetización y colectivos vulnerables.</b>                                   |

14 De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; 18.

| Fortalezas                                                                                                                                 | Limitaciones                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Facilidad de utilizar escalas numéricas para el análisis.</b>                                                                           | <b>Falta de capacidad para llegar a la información en profundidad; tendencia a la información superficial.</b>                                                                                                                            |
| <b>Facilidad para participar gran número de personas, de distribución (correo, en línea etc.) y de análisis.</b>                           | <b>Los resultados de las encuestas de experiencia del paciente, no siempre coinciden con otras fuentes de datos sobre el servicio en cuanto a calidad y seguridad; estos datos no se pueden utilizar solos como indicador de calidad.</b> |
| <b>Permite realizar análisis de correlación entre experiencia del paciente/satisfacción con resultados científico-técnicos y clínicos.</b> | <b>Las encuestas desarrolladas para un contexto puede ser inadecuadamente aplicado a otros.</b>                                                                                                                                           |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; 18<sup>15</sup>

#### 4.4. Grupo focal de pacientes

La técnica de grupo focal tiene su origen en la sociología (Robert Merton<sup>16</sup>), extendiéndose posteriormente al ámbito de los estudios de mercado. En el ámbito de la salud, el uso de esta técnica es algo relativamente reciente, pero el aumento en su utilización viene siendo en los últimos años exponencial.

Como hemos visto en el capítulo dedicado a esta técnica, el sello característico de esta herramienta cualitativa (como entrevista grupal) es el **uso explícito de la interacción para la producción de información sobre puntos de vista que sería menos posible acceder sin tal interacción del grupo**. El grupo focal es «una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo y no directivo»<sup>17</sup> cuyo propósito principal es **obtener información cualitativa** sobre un tema concreto para posteriormente analizarla de manera más detallada.

15 De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; 18.

16 Merton RK (1987). The focused interview and focus groups: continuities and discontinuities. Public Opinion Quarterly.

17 Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1991.

Concretamente, en el ámbito de la salud y calidad percibida, el grupo focal es **una de las técnicas mejor indicadas cuando se desea profundizar en vivencias, experiencias y preferencias de los/as usuarios respecto a la atención prestada en un centro sanitario**. A nivel metodológico, como veíamos en el tema anterior, el grupo focal es una herramienta de investigación/evaluación cualitativa, en la cual a través del diseño de una entrevista grupal semiestructurada (con preguntas estímulo en torno a aspectos concretos) se crea un espacio de opinión en el que hacer surgir vivencias y necesidades sentidas durante el propio proceso asistencial. Su uso es muy valioso, en cuanto que permite realizar un acercamiento a las experiencias de las personas atendidas y sus familias, además de la recopilación de conclusiones altamente relevantes para el desempeño diario en la atención al paciente.

En el marco del SESCOAM, la aplicación de esta técnica se ha llevado a cabo en el marco del Comité de Calidad Percibida de la GAICR y también dentro del plan regional de humanización de la asistencia sanitaria puesto en marcha desde la Consejería de Sanidad (*Plan Dignifica*). Con el objeto de realizar un diagnóstico situacional de partida en algunos servicios y unidades concretas, se aplica esta herramienta en aras a obtener información a cerca de la opinión de los pacientes respecto a aspectos referidos a la humanización de la asistencia, aspectos que incorporamos en la entrevista como preguntas estímulo (*Ver figura VIII*).

Los resultados que te permite alcanzar un grupo focal son de **gran validez subjetiva**; como decimos surgen vivencias, sentimientos, experiencias... en definitiva **resultados que no te permite obtener el uso de otras herramientas o técnicas**. La interacción social entre personas consideradas entre ellas como semejantes por su vivencia común como pacientes de un servicio de salud, propicia una dinámica de expresión de opiniones e ideas subjetivas. No se trata de una técnica que tenga capacidad de representación o generación de resultados extrapolables a la población general, pero **dispensa una profundidad en la información subjetiva que otras técnicas con mayor representatividad no alcanzan**.

La realización de esta técnica muestra resultados especialmente sensibles y válidos para evidenciarnos **áreas de mejora sobre las cuales trabajar** y que repercutan directamente en mejorar la satisfacción. Además encontramos un valor añadido en el uso de esta herramienta: un **potencial “humanizador”** tanto para el paciente como el profesional. La herramienta brinda una **oportunidad al paciente y a los profesionales que la desarrollan, de formar parte de un proceso participativo, de implicación en el cambio, y de alto componente emocional**.

Por ello, puede y debe ser un fiel complemento a otras fuentes de información/evaluación sobre opinión y preferencias del paciente en nuestro sistema de salud, como pueden ser el análisis de reclamaciones o las encuestas de satisfacción; comparte las ventajas y desventajas de cualquier otro método cualitativo y algunas específicas.

Frente a la entrevista individual, su principal ventaja es la interacción entre los participantes que como hemos dicho, estimula la generación de idea, pero puede convertirse en limitación si los participantes se sienten coartados por la presencia del grupo o por el dominio de la conversación de algunos miembros. Del mismo modo, es importante saber sortear los peligros potenciales de la técnica que provee la propia interacción: invertir tiempo en temas irrelevantes, perder el rumbo de los objetivos de investigación, disminuir la comparabilidad entre la información de diferentes grupos, etc<sup>18</sup>.

Como vemos, es una herramienta **altamente válida en este ámbito, pero también decir que no es precisamente una opción fácil** ya que “*requiere cierto entrenamiento y una buena dosis de tolerancia para la incertidumbre*”. Del mismo modo, para una buena aplicación lleva tiempo diseñarla y organizarla así como para el análisis de los resultados, ya que conlleva un estudio más complejo y en profundidad de los datos. Por otro lado, dispone de una **capacidad de empoderamiento y de motivación de las personas respecto a su compromiso con la mejora, que difícilmente favorecen otras técnicas.**

Figura IX. Fortalezas y Limitaciones del uso de la técnica Grupo Focal de pacientes.

| Fortalezas                                                                                                                       | Limitaciones                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Facilita la recopilación de información en profundidad.                                                                          | No permite recopilar datos que se traduzcan fácilmente en análisis numéricos (No representatividad/inferencia)                                          |
| Permite sondear las razones de las opiniones de la gente y profundizar en pensamientos y sentimientos (Abordaje temas delicados) | Depende de la habilidad del entrevistador o facilitador: puede pasar por alto detalles específicos si no se realiza bien o crear sesgos en la dinámica. |
| Ayuda a las personas a sentirse más comprometidas en la mejora.                                                                  | Gran inversión de tiempo y disponibilidad por parte del paciente y/o familia                                                                            |
| La utilización de un enfoque grupal, favorece la retroalimentación de otros miembros para la generación de ideas.                | Requiere esfuerzo en el análisis para dar sentido a lo cualitativo detallado.                                                                           |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; 18<sup>19</sup>.

18-16 MM García Calvente, I Mateo Rodríguez (2000) *El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica*.

19 De Silva, D. (2013) *Measuring patient experience*. Evidence Scan. The Health Foundation; 18.

Figura VIII. Grupo Focal en el Hospital General Universitario de Ciudad Real: Ejemplo.  
Preguntas estímulo.

| GRUPO FOCAL<br>PACIENTES<br>UNIDAD CIUDADOS INTERVENCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | CODIGO GEREA-48<br>VERSION: 1 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|
| <p><b>FECHA GRUPO FOCAL</b><br/><b>14 febrero 2018</b></p> <p><b>GUIÓN PREGUNTA ESTIMULO</b></p> <p>Se considera oportuno dictar preguntas por cada una de las partes de proceso (INGRESO-ESTANCIA-ALTA)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                               |
| <p><b>1</b> Queremos conocer de primera mano, cuál es su <b>GRADO DE SATISFACCIÓN GENERAL</b> con la atención que se presta en la Unidad de Ciudadados Intervenciones. Votará del 1 al 10 su vivencia a nivel global.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                               |
| <p><b>2</b> INFORMACIÓN INGRESO</p> <p>¿Opción que fue suficiente la información que recibió al ingresar en UCI?</p> <p>Información recibida sobre aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Motivo de ingreso ¿Quedaron resueltas las dudas?</li> <li>Funcionamiento de la Unidad: Características, normas, horarios, teléfonos, productos de ase...</li> <li>Ubicación y Recurso: UCI, Sala de Espera, Unidades soporte hospital (SAU, TS...), hostelería, señalización...</li> </ul> <p>¿Recibió algún documento informativo por escrito?</p>                                                                                                                                                                   |  |                               |
| <p><b>3</b> INFORMACIÓN CLÍNICA</p> <p>Información sobre motivo de ingreso -pr diagnóstico- tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Suficiente?</li> <li>¿Comprensible? ¿Voluntad de personal para resolver dudas?</li> <li>Frecuencia ¿Considera recibe información con suficiente frecuencia?</li> <li>¿Misma información todos los profesionales? ¿Variabilidad?</li> <li>Respeto confidencialidad información.           <ul style="list-style-type: none"> <li>Lugar donde recibe la información, box, sala de información...</li> <li>¿Se ha informado a las personas que consideras oportuno?</li> </ul> </li> </ul> <p>¿Está en sala alguna <b>INFORMACIÓN VIO ATENCIÓN ESPECÍFICA</b>, como paciente?</p> |  |                               |
| <p><b>4</b> ATENCIÓN CLÍNICA Y CIUDADOS.</p> <p>Cómo valora estos aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo de síntomas: dolor, fatiga, agitación.</li> <li>Valora que se le atiende con rapidez cuando lo precisa?</li> <li>Sintió que el personal se preocupaba por la atención y cuidados que precisaba?</li> <li>Sintió respecto a la intimidad corporal durante la exploración, ase...</li> <li>trasladada a otras unidades (PPOD)...</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                               |
| <p><b>5</b> Opinión en relación a los <b>PROFESIONALES</b> que le atienden (distinguir entre colectivos profesionales Enfermería, Celadores/Farmacéuticos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trato recibido, cortesía, grado de interés</li> <li>¿Conoce el nombre de los profesionales que le atienden? ¿Se identificaban, se presentaban?</li> <li>¿Se dirige a usted por su nombre?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                               |
| <p><b>6</b> Opinión respecto a la <b>COMFORTABILIDAD</b> de las instalaciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ruido, condiciones para el descanso.....</li> <li>Limpieza, climatización, luminosidad.....</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                               |

## 5. A MODO DE CONCLUSIÓN...

Mejorar la experiencia del paciente en un servicio de salud, debe ser objetivo clave en las organizaciones sanitaria; la década pasada ha traído un creciente interés en la comprensión de cómo las personas experimentan los servicios de salud. En una organización orientada al paciente y a la mejora de la atención que presta, se hace necesario el **uso de herramientas que nos permitan aproximarnos a sus expectativas como usuarios, y detectar aquellos aspectos que sugieren mejorables, para poder así implementar mejoras en la gestión.** La medición de la experiencia del paciente y la puesta en marcha de métodos y canales para escuchar su voz, *“constituye una revolución silenciosa que paulatinamente va introduciendo un cambio en la cultura de las organizaciones”*<sup>20</sup>.

Como hemos visto, en el ámbito de la calidad percibida y medición de satisfacción del paciente, no existen fórmulas evidentes que nos indiquen qué herramienta utilizar de forma concreta; tampoco evidencias sobre la mejor y más efectiva en la indagación de experiencias. Por el contrario, cada una demuestra en su uso pros y contras, pero hay dos aspectos en los que principalmente podemos basar nuestra elección: nivel de profundidad de información al que queremos ahondar, y si queremos datos generalizables o no. Por otra parte, será necesario del adaptar el diseño a los contextos, tiempos disponibles y recursos tanto materiales como humanos con los que se cuenta. De todo modos, **un único enfoque es probable que no cumpla todas las necesidades que nos planteamos**, por lo que **la combinación de las técnicas**, puede ser siempre una buena opción buscando resultados complementarios.

En este sentido cabe destacar que hasta muy recientemente, la participación del paciente en el desarrollo de técnicas para medir la experiencia ha sido más bien superficial; tomando el camino de la corresponsabilidad en salud, debemos **abrazar formas más colaborativas de participación de los pacientes, siendo las técnicas cualitativas las que disponen de un mayor potencial de empoderamiento y de implicación de paciente y profesionales en el cambio.** Ésta es una de las áreas con un mayor potencial innovador en este sentido.

Esto combina con otra idea fundamental, en la cual cabe por último incidir: **la medición de la satisfacción debemos entenderla como una herramienta en la gestión de los recursos y servicios sociosanitarios**, pues nos sirve para tomar decisiones en base a lo que nos cuentan los pacientes respecto a la atención que perciben; es decir, **debe servir para establecer estrategias en la gestión a corto, medio y largo plazo, en un ciclo de mejora continua.** *“La participación de los pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesio-*

---

<sup>20</sup> Sociedad española de Atención al Usuario de la Sanidad. Claves para la Gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud. Barcelona: 2010.

*nales y los sistemas de salud, no solo desde el prisma del conocimiento y manejo de la propia salud a nivel individual, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias”<sup>21</sup>.*

La literatura en este sentido, nos muestra que la medida en que está repercutiendo verdaderamente en resultados de mejora de la experiencia del paciente deja mucho que desear; **el mero hecho de medir las experiencias del paciente no nos conduce necesariamente a mejoras en la atención<sup>22</sup>**. La detección/medición de expectativas debe ser vista como una herramienta de ayuda para evaluar aspectos de la asistencia a lo largo del tiempo, y poder establecer indicadores que permitan un seguimiento en los cambios y tendencias. **Es necesario propiciar la participación, pero con el fin de generar transformaciones concretas, no suponiendo una finalidad en sí misma**, sigamos hacia la mejora.

---

21 Ruiz-Arazola A, Perestelo-Pérez I. Participación ciudadana en Salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012;26 (S):158-161.

22 Silva, D. Measuring patient experience. Evidence Scan. The Health Foundation. 2013; 18.

## **CAPÍTULO 9**

# **IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA Y SUS REPERCUSIONES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

**FRANCISCO ALBERTO GARCÍA-SÁNCHEZ**  
Universidad de Murcia

El concepto de práctica basada en la evidencia aparece, cada vez con más frecuencia, en contextos asistenciales y de intervención de cualquier naturaleza, también en ciencias de la educación y ciencias sociales. Esto ya es un avance dado que, hasta ahora, era un concepto del que se oía hablar solo en el terreno de las ciencias de la salud. A continuación, vamos a revisar lo que supone el concepto de “evidencia científica” y los recursos necesarios para poder valorarla y tomar decisiones sobre las prácticas de intervención más recomendables basadas en esa evidencia científica.

Como concepto, la práctica basada en la evidencia tuvo su origen en el campo de la medicina, donde empezó a utilizarse hace ya años. Profesionales y políticos se dieron cuenta de lo importante que era asegurarse, en una disciplina con tantos avances, que los médicos sumaran, a su experiencia clínica individual, la mejor evidencia clínica y científica que la ciencia fuese acumulando en cada momento. La idea de base era cubrir la necesidad de asegurar la renovación de los conocimientos y técnicas, evitando el estancamiento o deterioro de la práctica profesional. Y para ello, se definió la práctica basada en la evidencia como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual disponible en la toma de decisiones sobre la intervención que se va a planificar (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Biagini (2005) señaló que esta definición no se pronuncia sobre cual

es la “mejor” evidencia, si bien se aclarar después que las mejores evidencias son las que provienen de la investigación. También señaló que la definición implica un proceso de toma de decisiones basado en la evidencia. Un proceso regido por unas fases que deberíamos implementar ante una problemática surgida en la práctica profesional y que son:

1. Hacer una pregunta bien construida, que delimite adecuadamente el problema de intervención que se nos ha presentado
2. Seleccionar fuentes adecuadas y fidedignas de evidencia, para obtener información relevante respecto al problema que hemos planteado
3. Llevar a cabo una estrategia de búsqueda de evidencia que abarque todas las fuentes necesarias o posibles
4. Valorar y sintetizar la evidencia localizada, con unos criterios sistematizados que nos permitan conseguir la información necesaria para tomar decisiones
5. Aplicar las decisiones tomadas a la práctica
6. Evaluar la aplicación
7. Difundir los resultados

Es fácil ver, en estas fases, un claro paralelismo con la aplicación del método científico.

La idea de que, como profesionales, debemos basar nuestra práctica de intervención en evidencia científica, e incluso de que debemos contribuir a la producción de esa evidencia científica y al avance de nuestra disciplina, es algo que está en los códigos deontológicos de todas las profesiones. Sin embargo, lo cierto es que, en la práctica profesional cotidiana, no suele ser habitual que esto se haga. En ciencias de la salud, incorporar la evidencia científica a la práctica profesional si solemos asumir que es ser algo frecuente o habitual. La sociedad así lo demanda y lo cierto es que se han habilitado recursos, como más adelante veremos, que se encargan de identificar la evidencia científica acumulada por las diferentes técnicas de intervención. Y esto facilita la tarea de toma de decisiones por parte del profesional. Porque, como todos podemos entender, la posibilidad de que cada profesional aplique el método científico, para encontrar la respuesta de intervención con mejor evidencia científica para cada problema concreto de intervención que vaya surgiéndole en la práctica profesional, no parece muy realista.

Aunque así lo recojan los códigos deontológicos de nuestras profesiones, obviamente, en el día a día del profesional, no siempre podremos aplicar el método científico para generar evidencia sobre la intervención que hacemos o pretendemos hacer. Sería utópico entender como obligatorio que todos generemos nuevas evidencias científicas y, menos aún, de todas las prácticas de intervención que llevamos a

cabo. Pero sí deberíamos sentirnos obligados a aprovechar las evidencias científicas generadas por otros profesionales e investigadores. En principio podemos pensar que, mucho más sencillo que generar, cada uno de nosotros, nuevas evidencias, será aplicar el método científico para localizar y conocer la evidencia científica generada por otros sobre la metodología de intervención que nos proponemos implementar. No obstante, en el momento que nos ponemos realmente a intentarlo nos enfrentaremos a algunos problemas más complejos de lo previsto.

Para empezar, podemos pensar que, para el objetivo de identificar la evidencia científica que avale o no una práctica de intervención, tenemos la ventaja de vivir en la sociedad de la comunicación y de la información. Una sociedad donde toda la información parece estar al alcance de cualquiera. Pero, en realidad, el acceso la información de calidad, a esas fuentes fidedignas de información que mencionábamos en los pasos anteriormente descritos, no está tan universalizado. En el caso de la evidencia científica que queremos localizar, los resultados de la investigación de calidad solo podrán encontrarse en revistas científicas. Es en ellas donde se publican las evidencias fidedignas y de calidad, adecuadamente filtradas por los comités científicos correspondientes. Pero es aquí donde encontramos el primer problema, ya que el acceso a las revistas científicas tiene el coste económico de las suscripciones necesarias y el coste del tiempo para hacer la búsqueda de la información que necesitamos entre la multitud de oferta disponible.

Aún salvado ese primer problema, por ejemplo, a través de las bibliotecas universitarias, nos encontramos con un segundo problema no menos complicado: el de cómo identificar la “evidencia científica”, esa que delimita las buenas prácticas de intervención. Conseguirlo requiere un conocimiento específico. Porque para identificar estudios relevantes, hemos de saber identificar las características y calidad del trabajo de investigación que podamos localizar. Analicemos esta última idea con cierto detalle.

En primer lugar, debemos diferenciar entre trabajos empíricos originales y trabajos o estudios de revisión. Los trabajos empíricos originales van sumando resultados para que, en su momento, podamos decidir, cuando los analicemos en conjunto, si la metodología de intervención sobre el problema clínico, educativo o social, alcanza o no “evidencia científica”. Una investigación empírica original sobre una estrategia o técnica de intervención, por muy bien que esté realizada y por muy positivo que sea la conclusión sobre los resultados obtenidos, nunca será suficiente, por sí sola, para poder recomendar, sin más, la intervención propuesta. La ciencia no funciona así, requiere réplicas que permitan afianzar los resultados encontrados. Otra cosa distinta son los trabajos o estudios de revisión. Este tipo de trabajos si pueden concluir que efectivamente hay o no evidencia científica sobre una metodología de intervención. Para ello analizan sistemáticamente todos

los trabajos originales existentes sobre esa metodología de intervención. Entre estos trabajos de revisión están las revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis.

Así pues, a la hora de lidiar con la literatura científica especializada, desde la perspectiva de querer identificar aquello que apoye o no una práctica de intervención concreta, debemos tener claros todo un conjunto de conceptos que nos permitan identificar la calidad y valía de los trabajos originales. Así, podemos hablar de distintos tipos de diseños de investigación, reconociéndoles, quizá, una mayor trascendencia a los estudios con diseño experimental, que comparan diferentes grupos de tratamientos o un grupo de tratamiento con un grupo de control, por ejemplo. Frente a ellos estarán los trabajos originales que presenten un diseño no experimental, que suelen ser estudios meramente descriptivos cuyos resultados son más difíciles de extrapolar. También podemos hablar de estudios que utilizan una estadística solo descriptiva (medias, desviaciones típicas, proporciones o porcentajes, etc.), frente a los que utilizan una estadística inferencial, más potente y que permite hablar de cierto grado de extrapolación de los resultados a otras poblaciones. Pero no solo esto, deberíamos mirar también el rigor metodológico y procedimental de cada estudio, el tamaño y la adecuación de las muestras a los objetivos planteados en el estudio, el ajuste estadístico a las características de los datos recopilados, la existencia o no de sesgos en su recopilación, etc.

En cuanto a los trabajos de revisión en ciencia, debemos saber que constituyen en sí mismos una investigación científica, donde se aplican las mismas normas de rigor científico que en la investigación original. En este sentido, deben respetar unos criterios de sistematización, de objetividad y de replicabilidad. Estos criterios los cumplen los estudios que denominamos revisiones sistemáticas y los que denominamos meta-análisis. Pero debemos saber que podemos encontrar, en la literatura científica, otros tipos de estudios de revisión, que no reúnen estas normas rigor científico. Entre estos otros estudios encontramos los ensayos teóricos o revisiones subjetivas, las revisiones narrativas y las revisiones sumativas (Dunst, 2016). Todas ellas, aún siendo interesantes, reflejan siempre la opinión directa de sus autores, los cuales no han sido sistemáticos, sino interesados, en la revisión realizada de la literatura. Por lo tanto, para decidir si una metodología o estrategia de intervención cuenta o no con evidencia científica, deberemos buscar los trabajos de revisión sistemática o meta-análisis realizados sobre ella. Estos dos tipos de trabajos se caracterizan por definir de forma objetiva y clara su objeto de estudio, los criterios por los que han seleccionado los estudios empíricos originales revisados, especificar la forma en que se han buscado e identificado esos estudios, para luego registrar sus características, integrar y sintetizar sus resultados y concluir, sobre la metodología de intervención, en base a todo ello.

A continuación, presentamos una gráfica (ver Figura 1) en la que pretendemos reflejar como, en un continuo de evidencia científica, vamos ganando evidencia según avanzamos en complejidad del tipo de estudio original, por un lado, y según avanzamos en el rigor y científicidad del tipo de síntesis o revisión realizada sobre los estudios originales.

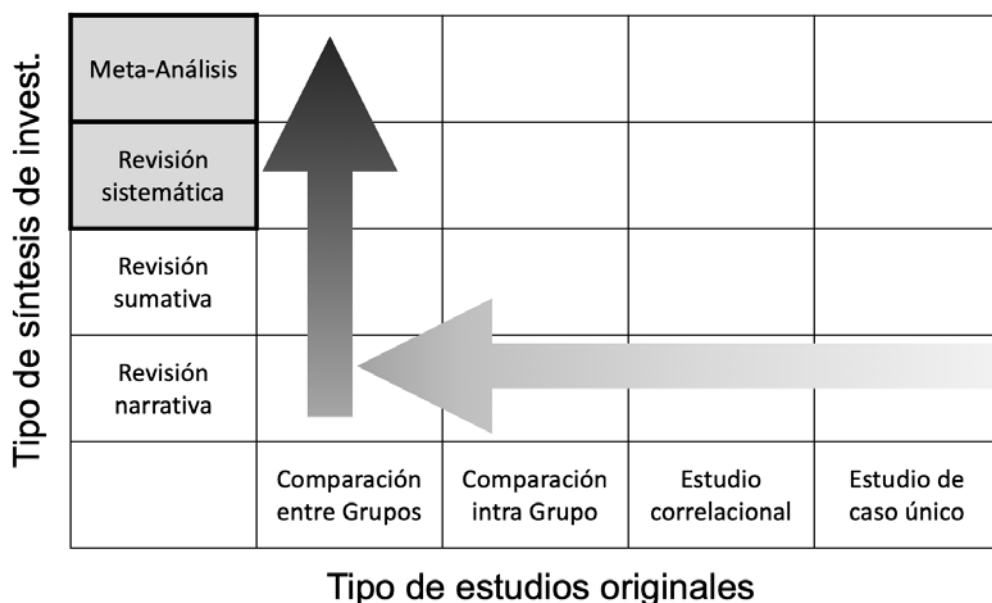


Figura 1. Evolución de la evidencia según tipo de estudio original y tipo de síntesis de investigación realizada

Adaptada de Dunst, C. J. (2016). Role of research syntheses for identifying evidence-based early childhood intervention practices. En B. Reichow, B. A. Boyd, E. A. Bafton & S. L. Odom (Eds.). *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 541-563). Springer International Publishing Switzerland.

Recapitulando lo que hasta ahora hemos ido comentando, podemos aceptar que tanto investigadores como clínicos deberían guiar su práctica cotidiana por los resultados de la evidencia científica. En base a ello, podemos aceptar también, como no puede ser de otra manera, que deberíamos sentirnos obligados a innovar, a cambiar y actualizar nuestro quehacer profesional según los avances científicos contrastados. Estas ideas están en nuestro código deontológico. Las disciplinas de ciencias de la salud se supone que lo hacen. De alguna forma se lo exige la sociedad. Esa misma sociedad que, quizá, haya sido, por lo menos hasta ahora, más complaciente o menos exigente con las disciplinas del campo educativo y social.

Algo que no debería ser así, ya que también en disciplinas como la intervención en atención temprana, la intervención social, la intervención educativa desde la psicología de la educación o desde la pedagogía, deberíamos sentirnos igualmente comprometidos con esas ideas.

Pero ¿cómo lo haríamos, si hay tanto que mirar y tanto donde mirar? Más aún, no solo es cuestión de analizar el nivel de evidencia científica, sino que, identificado dicho nivel, hay que concluir sobre cuales son las recomendaciones de intervención que se desprenden de los resultados de la investigación científica. Porque, el nivel de evidencia científica lo obtenemos cuando, como hemos señalado, analizamos el tipo y rigor de la revisión realizada y de los estudios originales en ella revisados. Pero la conclusión sobre las recomendaciones de intervención implica un paso más, que requiere analizar conjuntamente la calidad de la evidencia y la relación entre beneficios y peligros, efectos secundarios o costes de la intervención.

Pensemos en algún ejemplo, como puede ser el de la intervención en atención temprana o en el campo educativo. Cuando hablamos de analizar costes de intervención, nunca pensaremos solo en los económicos, sino también en el coste social o de calidad de vida individual y familiar. Ni tampoco, posiblemente, encontremos efectos secundarios al estilo de los que podemos encontrar en los tratamientos médicos. Aunque, no por ello, los posibles efectos secundarios puedan ser menos importantes desde el punto de vista de tiempo, transcendencia para el futuro de la persona, integridad de la unidad familiar y esa calidad de vida personal y familiar.

Lo cierto es que, en el sistema sanitario, para cualquier profesional individual, es relativamente fácil encontrar los niveles de evidencia científica y las recomendaciones de intervención para cualquier problema de intervención que nos planteemos en la práctica. Desde hace décadas vienen existiendo diferentes instituciones, norteamericanas y europeas, encargadas de velar por identificar y hacer visibles estas recomendaciones (Primo, 2003).

En Estados Unidos, encontramos instituciones como el *United States Preventive Services Task Force* o la *Agency for Healthcare Research and Quality*. Según indica su propia web, el *United States Preventive Services Task Force* ([www.uspreventiveservicestaskforce.org](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org)), creado en 1984, es un panel independiente y voluntario de expertos nacionales en prevención de enfermedades y medicina basada en la evidencia. El *Task Force* trabaja para mejorar la salud de todos los estadounidenses al hacer recomendaciones basadas en la evidencia sobre los servicios clínicos preventivos. La *Agency for Healthcare Research and Quality* depende del Department of Health and Human Services de Estados Unidos. Igual que en la agencia anterior, en su web ([www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)) podemos encontrar recomendaciones de pautas clínicas solidas, amparadas en la revisión de la investigación y, por lo tanto, basadas en la evidencia científica.

También en Europa encontramos instituciones de este tipo, como la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* ([www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)) o el *Center for Evidence-Based Medicine*, con sede en el Departamento de Ciencias de la Salud de Atención Primaria de Nuffield, en la Universidad de Oxford ([www.cebm.net](http://www.cebm.net)). La primera de ellas, se fundó en 1993 y tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención médica para los pacientes en Escocia, mediante la reducción de la variabilidad en la práctica y el resultado, a través del desarrollo y la difusión de guías clínicas nacionales que contienen recomendaciones para una práctica efectiva basada en la evidencia científica actual. El centro para el desarrollo de una medicina basada en la evidencia de la Universidad de Oxford trabaja, igualmente, para promover y diseminar la mejor evidencia para el cuidado de la salud.

En España, disponemos también de una agencia de este tipo en Cataluña: la *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya* (AQuAS) ([aquas.gencat.cat/](http://aquas.gencat.cat/)), antes *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*, vinculada como empresa pública al Servicio Catalán de la Salud de la Generalitat de Catalunya y que ha estado funcionando desde 1994. Entre sus objetivos esta, desde el principio, procurar que la introducción, adopción, difusión y utilización de las tecnologías médicas (equipos, fármacos y dispositivos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria) se haga de acuerdo con criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia científicamente demostrados. Para ello, ofrece publicaciones del tipo de informes de evaluación, notas técnicas, boletines informativos, además de memorias anuales y artículos publicados en revistas biomédicas.

Por otro lado, el profesional de la salud también dispone de otras fuentes como revistas secundarias o de resúmenes. Junquera, Baladrón, Albertos y Olay (2003) resumían algunas de ellas, que ya son clásicas, como el *American College of Physicians Journal Club* ([www.acpjc.org](http://www.acpjc.org)), que dejó de publicarse en 2008; el *Evidence Based Medicine del British Medical Journal* ([ebm.bmj.com](http://ebm.bmj.com)); la revista *Evidence-Based Practice de Family Physicians Inquiries Network*, distribuida en la actualidad por Wolters Kluwer ([journals.lww.com/ebp](http://journals.lww.com/ebp)), entre otras. En muchos casos se trata de revistas que seleccionan y resumen, con criterios de medicina basada en la evidencia, las mejores publicaciones de cada momento.

Con todos estos recursos, en ciencias de la salud resulta fácil encontrar tablas que gradúan, de acuerdo a una serie de criterios, el nivel de evidencia científica de los estudios disponibles sobre una determinada práctica de intervención. Por ejemplo, la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, valora con un nivel de evidencia 1++ las prácticas que cuentan con meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos. Reduce esa valoración a 1+ cuando se cumplen los criterios anteriores pero los meta-análisis disponibles no son de gran calidad o los

ensayos clínicos aleatorizados presentan riesgos de sesgo, aunque sean bajos. Y de ahí, va reduciendo el nivel de evidencia que otorga a una práctica concreta, llegando a un nivel 3 de evidencia cuando la práctica solo cuenta con estudios no analíticos, como observaciones clínicas y series de casos; o un nivel 4 de evidencia, cuando la práctica solo cuenta con el respaldo de opiniones de expertos.

Así, cada una de las agencias que mencionamos, con ciertas diferencias entre unas y otras, pero con unos principios rectores y de procedimiento siempre similares, gradúan el nivel de evidencia de cada procedimiento de intervención, teniendo en cuenta el tipo y la calidad de los estudios disponibles. A partir de ahí, se da aún un paso más, valorando la calidad de la evidencia para la intervención y graduando su recomendación o no de implementación. Para ello, no solo se tiene en cuenta la calidad científica de la evidencia, sino también el beneficio neto de la práctica sobre el paciente y su salud. Por ejemplo, el *United States Preventive Services Task Force* plantea que, si la calidad de la evidencia es buena y el beneficio neto es sustancial, superando ampliamente los posibles prejuicios si los hubiera, se valorará la práctica como “extremadamente recomendable”. Pero cuando la evidencia se queda en ser buena o moderada y el beneficio neto es sustancial o al menos moderado, pero siempre superando posibles perjuicios, se valoraría la práctica como solo “recomendable”. Por supuesto, una práctica podría plantearse también como “desaconsejada”, que sería el caso de encontrar que hay buena o moderada evidencia de que el beneficio neto es nulo o negativo. O simplemente plantearla como “ni recomendable ni desaconsejable”, cuando hay buena o moderada evidencia, pero de un beneficio neto pequeño. Por último, se valorará la intervención en cuestión como con “evidencia insuficiente”, cuando la calidad de la evidencia sea mala para cualquier grado de beneficio neto de la intervención.

Como vemos, en ciencias de la salud parece que hemos encontrado una fórmula para dirimir, con éxito, las dudas que genera el concepto de práctica basada en la evidencia. Pero ¿y en los campos educativos y sociales? Está claro que no tenemos el tipo de recursos que hemos descrito. Pero, aún así, ¿podríamos recurrir a estrategias similares? Analicemos posibilidades centrándonos en un campo concreto, como puede ser el de la Atención Temprana.

Actualmente, la definición de Atención Temprana que más se considera en España es la que propuso en 2000 el libro blanco de la disciplina (GAT, 2000): Conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales con orientación interdisciplinar o transdisciplinar (GAT, 2000). En 2010,

la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, al analizar los progresos y desarrollos de la disciplina en Europa, definía la Atención Temprana como el conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición, en un momento determinado de la vida del niño, que abarcan cualquier acción cuando el niño necesita: un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2010).

En ambas definiciones, a pesar de sus diferencias, se empieza por reconocer un conjunto posible de intervenciones. La pregunta que nos deberíamos hacer es si todas ellas cuentan con el respaldo de una evidencia científica de calidad y una constatación de beneficios que avale la recomendación de la implementación de cada una de esas intervenciones. De hecho, en la actualidad, estamos viviendo una importante transformación en las prácticas de nuestros profesionales. Poco a poco se quiere abandonar el paradigma de intervención ambulatoria y clínica, muy arraigado en nuestro país, centrado casi exclusivamente en las necesidades del niño detectadas desde la figura de un profesional experto. A cambio, se va fomentando el paradigma de una intervención centrada en la familia y desarrollada en el entorno natural del niño. Una intervención preocupada por proporcionar y aprovechar, para los niños, experiencias y oportunidades de aprendizaje contextualizadas en sus rutinas diarias. Como se viene resaltando, estas nuevas prácticas de intervención centradas en la familia cuentan con la evidencia científica que las avala (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Dunst, Trivette & Hamby, 2007; García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-Lopez, Orcajada, & Hernández-Pérez, 2014) y promueven la adquisición y desarrollo de las propias competencias de los cuidadores principales, para que los niños y sus familias puedan participar de manera significativa con los demás y en su entorno natural (Adams & Tapia, 2013). En la recomendación de estas prácticas ha influido, determinadamente, los descubrimientos de las neurociencias sobre como se desarrolla y configura la arquitectura definitiva del sistema nervioso del niño desde su nacimiento y a través de las influencias ambientales (Center on the Developing Child at Harvard University, 2011; García-Sánchez, 2019; Kolb, Harker & Gibb, 2017; Tierney & Nelson, 2009; National Scientific Council on the Developing Child, 2007). Por supuesto, también los avances en la comprensión de la evolución del niño y la importancia del entorno en su desarrollo (Guralnick, 2006, 2010).

Lo primero que tenemos que decir es que, para Atención Temprana, no contamos con la variedad de instituciones específicas, como las descritas para ciencias de la salud, que se dediquen identificar y recomendar estrategias de

intervención basadas en la evidencia científica. Con todo, algo han hecho en este sentido, para el campo de la Atención Temprana y el de las ciencias de la educación, algunas instituciones y asociaciones internacionales. La más destacada, posiblemente, ha sido la *Division for Early Childhood* del *Council for Exceptional Children*. En 2014 publicaron un conjunto de prácticas recomendadas, para guiar a profesionales y familiares sobre las maneras más efectivas de mejorar los resultados de aprendizaje y promover el desarrollo de niños menores de 5 años que tienen o corren el riesgo de tener retrasos en el desarrollo o discapacidades. Este conjunto de prácticas recomendadas, que ahora encontramos también traducido al castellano, fue identificado por un grupo de expertos encargado de revisar las evidencias científicas acumuladas hasta el momento (División de la Infancia Temprana, 2014). La conclusión de este grupo de expertos fue recomendar unas prácticas que se mueven siempre dentro del paradigma de una intervención centrada en la familia y desarrollada en entornos naturales del menor.

Pero lo que queremos remarcar es que, en una disciplina multidimensional, como es la Atención Temprana, la tarea de identificar las prácticas recomendadas es, quizá, especialmente compleja. Hace ya varias décadas, Guralnick (1997) señalaba la dificultad de identificar la eficacia en los programas de intervención en Atención Temprana, cuando dicha eficacia puede depender y verse afectada por múltiples dimensiones: metas y resultados que podemos evaluar, características de los propios programas de intervención y características de los implicados en dichos programas, que no son solo los niños, sino también las familias y los propios profesionales de cuya intervención y calidad de interacción con los cuidadores principales del niño dependerá también el éxito conseguido.

Como vemos, a la hora de valorar la eficacia de la intervención y llevar a cabo una recomendación sobre las prácticas a desarrollar en Atención Temprana, son muchas y diferentes las dimensiones a considerar. Además de evaluar la evidencia científica de los estudios empíricos originales publicados, la recomendación de unas prácticas de intervención centradas en la familia llega desde diferentes frentes. Cada uno de ellos ha ido aportando y sigue aportando resultados y conclusiones a favor de estas prácticas. Cada uno de esos resultados constituyen una contribución más para ir clarificando el complejo panorama del problema de intervención que tenemos en frente en cada uno de los casos de necesidades de AT. Así, encontramos en la literatura diferente evidencia científica que apoya, directa o indirectamente, las prácticas de intervención centradas en la familia. Pongamos algunos ejemplos a partir de revisiones sistemáticas y estudios de meta-análisis realizados con diferentes objetivos:

- Se ha constatado que estas prácticas consiguen mejorar la conducta del niño, incluso en niños con trastornos del espectro autista (Baril & Humphreys, 2017; Fettig & Barton, 2014).
- Se ha constatado que estas prácticas mejoran las habilidades de comunicación del niño (Chorna, Hamm, Cummings, Feters & Maitre, 2017; Roberts & Kaiser, 2011; Te Kaat-van den Os, Jongmans, Volman & Lauteslager, 2017).
- Para la intervención de determinados objetivos motores, se ha constatado que se obtienen mejores resultados trabajando objetivos funcionales en entorno, verdaderos objetivos para el funcionamiento y la participación de cada niño específico en su entorno natural, que llevando a cabo una intervención activa por parte del profesional sobre el niño (Novak, McIntyre, Morgan, Campbell, Dark, Morton, et al., 2013).
- De hecho, técnicas específicas, como la terapia de movimiento inducido por restricciones en niños con hemiplejía, que puede desarrollarse en el entorno natural del menor, consigue los mismos resultados que métodos tradicionales llevados a cabo de forma ambulatoria (Chiu & Ada, 2016; Huang, Feters, Hale & McBride, 2009).
- Por otro lado, se ha constatado que no hay evidencia de que un mayor número de sesiones de intervención o una mayor duración de esas sesiones mejoren significativamente los resultados en el niño con parálisis cerebral (Cope & Mohn-Johnsen, 2017).
- Por otro lado, se ha constatado evidencia científica de que las prácticas de intervención centradas en la familia satisfacen a las familias y aumentan su sensación de autocompetencia, lo cual es un resultado que repercute en beneficio del niño (Dempsey & Keen, 2008; Dunst, Trivette & Hamby, 2007).
- Igualmente se ha constatado que estas prácticas consiguen, efectivamente, mejorar las competencias de los cuidadores principales en relación al cuidado de los niños y a potenciar su desarrollo evolutivo (Dunst, Trivette & Hamby, 2007; Jeong, Pitchik, & Yousafzai, 2018).
- Además, se ha constatado también que la intervención a través de prácticas centradas en la familia en Atención Temprana es válida para distintas características culturales y demográficas (Dempsey & Keen, 2008; Jeong, Pitchik, & Yousafzai, 2018; Munns, Watts, Hegney & Walker, 2016).

No hemos entrado en valorar la mayor o menor calidad y rigurosidad de los estudios de revisión enumerados y, mucho menos, de la calidad de los trabajos originales que cada uno de ellos analiza. Tampoco hemos sido exhaustivos ni sistemáticos a la hora de seleccionar los estudios de revisión incluidos en los puntos anteriores.

Hay muchos más trabajos de revisión que apoyan las prácticas de intervención centradas en la familia en Atención Temprana y, posiblemente, algunos serán incluso más representativos o determinantes en sus conclusiones. Pero el listado presentado creemos que es suficiente para ejemplificar la dificultad que tenemos para concluir sobre la eficacia de una intervención en disciplinas multidimensionales, como es la Atención Temprana, pero también la intervención educativa y social.

Solo después de integrar los resultados de todas estas revisiones sistemáticas y meta-análisis encontrados en la literatura científica reciente, junto con otros muchos similares no citados aquí por falta de espacio y de tiempo, estamos en condiciones de para llegar a la conclusión de:

- recomendar unas prácticas de intervención centradas en la familia en Atención Temprana;
- recomendar trabajar objetivos verdaderamente funcionales para el niño y su familia en su entorno natural, objetivos centrados en mejorar el funcionamiento y la participación del niño en sus actividades y rutinas diarias, en su entorno y con su familia;
- recomendar organizar la intervención para potenciar y desarrollar las competencias propias de los cuidadores principales del menor, para que puedan identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje contextualizadas que se dan en el entorno natural y en sus rutinas diarias;
- recomendar fomentar una intervención mediada por esos cuidadores principales en su entorno natural;
- recomendar utilizar estrategias de coaching, adaptadas a las necesidades de la intervención en Atención Temprana, para acompañar y competenciar a los cuidadores principales del niño;
- y recomendar trabajar con los cuidadores principales fomentando su reflexión y ofreciéndoles un feedback sobre sus interacciones con el niño y un apoyo efectivo en sus necesidades y prioridades.

A partir de este momento, cuando hemos sumado todos esos resultados de evidencia científica multidimensional, los cuales nos van clarificando diferentes detalles y pormenores de las prácticas que han de ser recomendadas, es cuando podremos recurrir a analizar ensayos teóricos y revisiones narrativas de autores que defiendan este tipo de prácticas. Estas otras revisiones de autor, centradas ya en la temática y no directamente en concluir sobre su evidencia científica, nos ayudarán entender mejor las dinámicas a realizar en esas prácticas recomendadas y sus estrategias de implementación más efectivas.

Como vemos, la tarea de identificar las prácticas recomendadas en campos educativos y sociales, a partir del análisis de la evidencia científica acumulada y de las complejas relaciones costes-beneficios que en estos campos se pueden dar, no es sencilla. Desde luego, es una tarea excesivamente compleja para que la realice cada profesional por separado. Pero no por ello hemos de eludir el reto. Una vez identificada la tarea a realizar, teniendo como modelos disciplinas que lo han conseguido y siendo cierto que no podemos considerarlo un reto para el profesional individual, debemos aceptar el reto de forma colectiva y buscar la manera de articular los recursos necesarios para alcanzar el objetivo. En este sentido, debemos demandar a las sociedades científicas y profesionales de disciplinas educativas y sociales que prioricen esta tarea dentro de sus objetivos y elaboren las orientaciones y recomendaciones oportunas sobre las prácticas recomendada a realizar en base a la evidencia científica. Simultáneamente, como sociedad, deberíamos cambiar para mostrarnos igual de exigentes con los profesionales de las ciencias educativas y sociales, como ya lo hacemos con los profesionales de las ciencias de la salud. Todos los pasos contribuirán a avanzar en el objetivo necesario. Y para empezar, la propia Universidad, como institución docente, deberá velar por incorporar la evidencia científica en los contenidos de formación que se imparten en grados y postgrados.

## REFERENCIAS

- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (2919). Servicio Catalán de Salud. <http://www.aatm.es/>
- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). *Atención Temprana. Progresos y Desarrollo 2005-2010*. Bruselas: Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2018). *Clinical Guidelines and Recommendations*. Contenido actualizado en julio 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/index.html>
- Adams, R. C. & Tapia, C. (2013). Early Intervention, IDEA Part C Services, and the Medical Home: Collaboration for Best Practice and Best Outcomes. *Pediatrics*, 132, e1073-e1088. doi:10.1542/peds.2013-2305.
- Baril, E. M., & Humphreys, B. P. (2017). An Evaluation of the Research Evidence on the Early Start Denver Model. *Journal of Early Intervention*, 1-18. doi: 10.1177/1053815117722618.
- Biagini, L. (2005). La evidencia y el proceso de toma de decisiones (editorial). *Revista de Medicina de Chile*, 133, 871-873.

- Center on the Developing Child at Harvard University. (2011). *Building the Brain's 'Air Traffic Control' System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function: Working Paper # 11*. <http://developingchild.harvard.edu/resourcecategory/reports-and-working-papers/>
- Chiu, H. C., & Ada, L. (2016). Constraint-induced movement therapy improves upper limb activity and participation in hemiplegic cerebral palsy: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 62(3), 130–137. doi: 10.1016/j.jphys.2016.05.013.
- Chorna, O., Hamm, E., Cummings, C., Fettes, A., & Maitre, N. L. (2017). Speech and language interventions for infants aged 0 to 2 years at high risk for cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(4), 355–360. doi: 10.1111/dmcn.13342
- Cope, S., & Mohn-Johnsen, S. (2017). The effects of dosage time and frequency on motor outcomes in children with cerebral palsy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 20(6), 376–387. doi: 10.1080/17518423.2017.1282053
- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(1), 42–52. doi: 10.1177/0271121408316699.
- División de la Infancia Temprana (2014). *Prácticas recomendadas de la DEC para intervenciones y educación especial a temprana edad*. Council for Exceptional Children. Extraído de <https://www.dec-sped.org/dec-recommended-practices>
- Dunst, C. J. (2016). Role of research syntheses for identifying evidence-based early childhood intervention practices. En Reichow, B., Boyd, B.A., Bafton, E.A. & Odom, S.L. (Eds.). *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 541–563). Springer International Publishing Switzerland.
- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-centered practices in early childhood intervention. In B. Reichow, B. A. Boyd, E. E. Barton, & S. L. Odom (Eds.), *Handbook of early childhood special education* (pp. 37–55). Switzerland: Springer International. doi: 10.1007/978-3-319-28492-7\_3
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 370–378. doi: 10.1002/mrdd.20176.
- Fettig, A., & Barton, E. E. (2014). Parent Implementation of Function-Based Intervention to Reduce Children's Challenging Behavior: A Literature Review. *Topics in Early Childhood Special Education*, 34(1), 49–61. doi: 10.1177/0271121413513037
- García-Sánchez, F. A. (2019). Neurociencias y Atención Temprana. En C. Escorcía & L. Rodríguez-García (Eds.). *Atención Temprana centrada en la familia y en entornos naturales: Bases conceptuales y prácticas*. Madrid: UNED.

- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-Lopez, M. C., Orcajada, N., & Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*, 45(3), 6–27. Recuperado de <http://sid.usal.es/20896/8-2-6>
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guralnick, M. (1997). *The effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brokes Publishing.
- Guralnick, M. (2006). Family Influences on Early Development: Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability, and Intervention. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of early childhood development* (pp. 44–61). Oxford, UK.
- Guralnick, M. J. (2010). Why Early Intervention Works A Systems Perspective. *Infant and Young Children*, 24(1), 6–28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe
- Huang, H.-H., Fetters, L., Hale, J., & McBride, A. (2009). Bound for success: a systematic review of constraint-induced movement therapy in children with cerebral palsy supports improved arm and hand use. *Physical Therapy*, 89(11), 1126–1141. doi: 10.2522/ptj.20080111
- Jeong, J., Pitchik, H. O., & Yousafzai, A. K. (2018). Stimulation Interventions and Parenting in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(4), e20173510–17. doi: 10.1542/peds.2017-3510.
- Junquera, L.M., Baladrón, J., Albertos, J.M. & Olay, S. (2003). Medicina basada en la evidencia. Ventajas. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 25(5), 265-272.
- Kolb, B., Harker, A., & Gibb, R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(12), 1218–1223. doi: 10.1111/dmcn.13546
- Munns, A., Watts, R., Hegney, D., & Walker, R. (2016). Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(10), 167–208. doi: 10.11124/JBIS-RIR-2016-003166
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture: Working Paper #5*. <http://developingchild.harvard.edu/resourcecategory/reports-and-working-papers/>
- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., et al. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: the state of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(10), 885–910. doi: 10.1111/dmcn.12246.

- Primo, J. (2003). Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día*, 2(2), 39-42.
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180–199. doi: 10.1044/1058-0360(2011/10-0055).
- Sackett, D., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-2.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2019) perteneciente a Healthcare Improvement Scotland, Edimburgh. <https://www.sign.ac.uk>
- Te Kaat-van den Os, D. J. A., Jongmans, M. J., Volman, M. J. M., & Lauteslager, P. E. M. (2017). Parent-Implemented Language Interventions for Children with a Developmental Delay: A Systematic Review. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 46(2), 138–9. doi: 10.1111/jppi.1218.
- Tierney, A. L., & Nelson-III, C. A. (2009). Brain development and the role of experience in the early years. *Zero to Three, November*, 9–13.
- U.S. Preventive Services Task Force (2018) *Home*. Contenido actualizado en octubre 2018. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>







Esta publicación es el resultado de la colaboración entre profesores universitarios y de profesionales de la Sanidad de Castilla-La Mancha, que durante cuatro años han impartido un curso de formación on line dirigido a los profesionales de los centros sanitarios y de servicios sociales de esta Comunidad Autónoma.

Está dirigida a los profesionales que incorporan la evidencia científica a sus tareas cotidianas para mejorar su eficiencia y la satisfacción de los pacientes y usuarios. Su objetivo es servir de manual práctico para utilizar las técnicas de investigación más adecuadas a su labor específica. Una herramienta práctica que sirva de ayuda en la mejora continua de la calidad asistencial.

