

Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos

modalidad virtual

ISSN 2525-0604

12, 13 y 14 de agosto, 2020.

Reflexiones metodológicas en torno al abordaje con métodos mixtos de las prácticas biomédicas y no biomédicas de cuidado de la salud.

Jimena Luz Coniglio¹
jime.coniglio@gmail.com

En esta ponencia propongo contar la experiencia asociada a una serie de decisiones metodológicas tomadas en el marco de una investigación sobre prácticas, percepciones y articulaciones biomédicas y no-biomédicas de cuidado de la salud en la ciudad de La Plata. En torno a esto, presento la construcción del abordaje metodológico utilizado que articula secuencialmente dos fases -cuantitativa y cualitativa-; y una reflexión asociada al uso de un enfoque multi-estratégico para enriquecer la práctica de la investigación y lograr mayor profundidad en el conocimiento del tema.

Introducción

En la actualidad y desde hace una década se evidencia una mayor atención al cuidado de la salud, como correlato de una transformación en la dinámica demográfica de envejecimiento de la población y de un escenario epidemiológico en el que se han incrementado las causas de muerte y morbilidad debido a las enfermedades crónicas no transmisibles (Freidin y otros, 2017). En este contexto, y de acuerdo con las intervenciones

¹ Diplomada en Técnicas de Investigación Social - Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Licenciada en Sociología - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata (FaHCE|UNLP).

del Modelo Médico Hegemónico², los grupos sociales desarrollan hábitos de vida saludables y llevan a cabo distintas prácticas de cuidado de la salud y de atención de la enfermedad.

En Argentina, son un hecho cada vez más frecuente entre individuos de diferentes grupos sociales las estrategias de complementariedad en las formas de atención. Éstas incluyen el uso de medicina convencional (biomédica) como no convencional (no-biomédica), también varían dependiendo del contexto socioeconómico y demográfico, y de los principales padecimientos que se presentan en los diferentes contextos.

El objetivo de este trabajo es poner en juego una serie de decisiones metodológicas en el marco de una investigación sobre prácticas, percepciones y articulaciones biomédicas y no-biomédicas de cuidado de la salud en la ciudad de La Plata³. La propuesta de dicha investigación intentó dar cuenta del lugar que ocupa en la realidad social el universo heterogéneo que conforman las formas de atención -con mayor énfasis- en las no-biomédicas de atender y cuidar la salud y la enfermedad. En torno a esto, la pregunta analítica inicial fue ¿Qué hace la población para cuidar la salud (en situación de enfermedad o no)? De esta pregunta se desprenden ¿Qué presencia de prácticas que llamamos no-biomédicas hay en los sujetos, cuáles utilizan, y para qué?; ¿cómo articulan estas prácticas con las biomédicas?, ¿qué percepciones tienen los sujetos sobre la salud y el cuidado? En este contexto, la propuesta general de la investigación era lograr un acercamiento al proceso de salud/enfermedad/atención y cuidado que transitan los sujetos, identificando sus formas de atención, describiendo las prácticas biomédicas y no-biomédicas que utilizan y cómo las articulan, así como también indagando en sus percepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuidado (con y sin presencia de enfermedad).

En esta ponencia, cuento la experiencia sobre la construcción del diseño metodológico para el abordaje de la temática, que articula estrategias cuantitativas y

2 “La necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbimortalidad tiene que ver con un fenómeno de protección clasista que se convierte en posible protección colectiva; pero también tiene que ver con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad” (Menéndez, 1985, p.:3).

³ Tesis de Diplomatura de Postgrado en Técnicas de Investigación Social “Una aproximación mixta para el abordaje de las prácticas biomédicas y no-biomédicas asociadas a cuidar|prevenir|mantener la salud y curar|tratar|atender la enfermedad” (Coniglio, 2020) Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

cualitativas (en un diseño mixto secuencial encadenado en dos fases), para dar mayor profundidad y enriquecimiento de los resultados de la investigación.

Algunas ideas y conceptos claves

Antes de comentar el proceso de construcción metodológico, me parece importante comentar algunas ideas y conceptos claves.

Cuando el individuo asume una situación de enfermedad decide qué hacer al respecto entre la consulta médica (con algún/a representante de la biomedicina), la autoatención (medicina doméstica, automedicación, visita al/la lego/a), la visita al/la curandero/a (medicina tradicional), la consulta religiosa, (consulta privada o con algún grupo de sanación religioso), y/o la puesta en marcha de alguna práctica alternativa, entre otras posibilidades. Esta elección que puede no ser excluyente, y que se realiza en función de un conjunto de factores que hacen a la vida del individuo (que puede ser su condición socioeconómica, su tenencia o no de cobertura médica, sus convicciones sobre la salud, sus tradiciones familiares, entre otras) implica la toma de decisiones en relación a las prescripciones recibidas y a cómo seguir con el tratamiento o a no hacer ningún tratamiento hasta volver a un “estado de salud”. En efecto, son decisiones que tienen que ver con *curar|tratar|atender* la salud y la enfermedad.

Sin embargo, en determinadas situaciones no se presenta ningún padecimiento y los sujetos también realizan prácticas de cuidado de su salud como chequeos médicos anuales (análisis de sangre y orina, prueba de papanicolaou, electrocardiograma); consultas médicas; actividades físicas y emocionales (como natación, correr, yoga, meditación); se ocupan por una tener una alimentación adecuada; recurren a productos naturales; beben la cantidad de agua recomendada por la Organización Mundial de la Salud; entre otras acciones de cuidado. En efecto, cuidar también incluye *prevenir|mantener|no-enfermar*. En este sentido, propongo utilizar el conjunto de acciones de *‘cuidar|prevenir|mantener|no-enfermar|curar|tratar|atender’* la salud y la enfermedad, para que nos permita enmarcarnos en el contexto amplio en el que debe pensarse el cuidado y la atención de la salud y la enfermedad.

Hay múltiples maneras de experimentar el proceso de búsqueda de salud y este proceso involucra “creencias, elecciones, roles, prácticas, relaciones de poder e instituciones que supera el modelo biomédico de la enfermedad, enfrentándonos entonces a un concepto más amplio de la salud, la enfermedad y la atención” (Sarudiansky, 2010, p.914). Desde este punto de vista, las estrategias de cuidado de la salud y la atención de la enfermedad involucran tanto a las prácticas biomédicas como a las no-biomédicas, frente a un estado de salud o frente a un estado de enfermedad, es decir con y sin presencia de padecimiento. A partir de esto, entendemos que a la hora de ‘*cuidar/prevenir/mantener/no-enfermar/curar/tratar/atender*’ la salud y la enfermedad, los sujetos sociales ponen en juego un conjunto heterogéneo de prácticas de cuidado de la salud y de atención de la enfermedad que pueden ser biomédicas (frecuentemente asociadas con un/a profesional biomédico/a o a prácticas de la medicina convencional) y no-biomédicas (alternativas, tradicionales, caseras).

La construcción del abordaje metodológico: entre el qué y el cómo

El diseño metodológico para el abordaje de las prácticas biomédicas y no-biomédicas implica siempre asumir un conjunto amplio de decisiones, con distintos niveles de complejidad, que se articulan en torno a la delimitación de las unidades de análisis y la construcción del problema a investigar (*el qué*); de los ámbitos temporales y espaciales; la elección y construcción de las técnicas de producción de los datos; y la elección de los métodos y técnicas de análisis de los datos, que refieren a las decisiones de selección, recolección y análisis (*el cómo*).

El objeto de conocimiento del trabajo de tesis se centró en las prácticas, percepciones y articulaciones biomédicas y no-biomédicas vinculadas a *cuidar/prevenir/mantener/no-enfermar/curar/tratar/atender* la salud y la enfermedad, el interés radicó en conocer qué hace la población para cuidar la salud, sin que necesariamente haya presencia de enfermedad. La indagación buscó recuperar las prácticas y las percepciones en las formas en lo que los sujetos hacen|harían|creen|piensan|valoran con respecto al cuidado y la atención de la salud y la enfermedad.

En términos de las decisiones de selección, que refieren a las cuestiones del diseño de investigación íntimamente asociadas con las unidades de análisis, es decir, sobre quién o sobre qué se relevará información, la propuesta se orientó a recabar información sobre la población en general.

Las decisiones de recolección y producción de datos son un aspecto del proceso de operacionalización relacionado con: a) la elección|diseño de los instrumentos (conjunto de técnicas) con los cuales obtendremos|relevaremos la información de interés para responder a los interrogantes de la investigación; y b) el proceso de trabajo de campo y producción efectiva de los datos.

Para concretar los objetivos prácticos y metodológicos, el procedimiento y los instrumentos que guiaron el trabajo sistemático de recogida y producción de datos constaron de un diseño que articuló estrategias metodológicas cuantitativas y cualitativas, en ese orden secuencial. Este proceso, sitúa la primera fase (cuanti) como el procedimiento que establece los resultados más estructurales y generales, sobre el que se busca profundizar a partir de la selección de perfiles que la segunda fase (cuali) establece de forma conclusiva (López Roldán y Fachelli, 2016).

De acuerdo con Fries (2009) el uso de la medicina complementaria y alternativa (que se incluyen dentro de las prácticas no-biomédicas) es un ejemplo específico que puede ser útilmente investigado a través de la implementación de un diseño de investigación con métodos mixtos. El trabajo de tesis abordó la temática a través de un diseño de método mixto secuencial encadenado que situó la metodología cuantitativa como una fase inicial del proceso de investigación que fue profundizado, en un segundo momento, utilizando la metodología cualitativa.

En este sentido, la necesidad y conveniencia de adoptar la articulación de perspectivas metodológicas cuanti-cuali trajo mayor profundidad y mejoró la obtención y el análisis de los datos. No se buscó validar el procedimiento cuantitativo con el cualitativo, sino lograr profundidad con la contribución empírica y enriquecer el aporte al campo de la salud y de las ciencias sociales.

En la fase inicial se construyó un dispositivo de encuesta. El acceso a las unidades de análisis fue concebido a través del diseño de una estrategia de selección muestral no probabilística⁴, de tipo presencial (cara a cara) coincidental; se trató entonces de acceder a personas que aportaron a la investigación porque estaban disponibles. Se accedió a esta población accidentalmente, de manera tal que se obtuvo información general del segmento de población que estaba disponible para contestar, éstos fueron localizados en la vía pública, específicamente en distintas plazas. La elección de este lugar se justificó a partir de la consideración de que por encontrarse en ese espacio urbano verde, en un estado de mayor tranquilidad, por ser un lugar donde generalmente la gente va a distenderse, la tasa de no respuesta sería baja. Por lo tanto, la aplicación del cuestionario presentó la ventaja de una mayor disponibilidad de tiempo de las personas y una mejor disposición a responder.

A su vez, se seleccionaron cuotas a cubrir por género y por grupos de edad (18-34; 35-59; y 60 a más), ajustadas de manera proporcional a la distribución de la población de La Plata. Bajo este criterio se realizaron 152 encuestas en la ciudad de La Plata en el mes de marzo y abril de 2019. Entiendo que, a pesar de la imposibilidad de acotar el error muestral y la imposibilidad de hacer aseveraciones estadísticas sobre los resultados por la falta de representatividad, sobre la temática se obtuvieron datos veraces y útiles porque las personas respondientes tuvieron disposición a la causa.

En la fase posterior para profundizar la etapa cuantitativa, se utilizó la técnica de investigación cualitativa de grupos de discusión focalizados. Para llevar a cabo esta técnica se conformaron grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre sí. Este criterio, busca que los integrantes de los grupos tengan experiencias sociales y culturales comunes. Además facilita, por un lado, el análisis comparativo de los datos reunidos y por otro, no menos importante, conlleva a la profundización de la temática en cada grupo. Para la conformación de los grupos, se recurrió a redes preexistentes de amigos, acudiendo al mecanismo de bola de nieve, por el cual se contacta a un miembro de la red y éste contacta y convoca a sus amigos/as. Las variables de segmentación que se tuvieron en cuenta fueron

⁴ No hay antecedentes en Argentina de encuestas realizadas sobre la población en general; en efecto, los trabajos que se han realizado sobre el uso de medicinas alternativas y complementarias fueron realizados con usuarios de un determinado servicio de salud (Franco y Pecci, 2003; Idoyaga Molina y Luxardo, 2005; Eymann, 2009; Ikonikoff, 2003, Fiorentino, 2007).

el género, la edad y el nivel de estudios acabados⁵. Se realizaron dos (2) grupos focalizados con varones y mujeres conformados cada uno por seis personas.

En torno a las decisiones de análisis, en el caso de las encuestas se realizó un análisis de tipo univariado, bivariado, multivariado (según nivel de medición de las variables), y se identificaron relaciones entre las propiedades que incidían en las prácticas, percepciones y/o articulaciones biomédicas y no-biomédicas iniciando con el uso de los indicadores de clasificación básicos asociados al perfil socio-demográfico-ocupacional. Para el procesamiento de los datos se utilizó el software estadístico SPSS. En el caso de los grupos focalizados, se utilizó una estrategia de análisis de contenido interpretativo a través del uso del programa Atlas.Ti, que permite trabajar con audios y facilita la tarea de codificación, apelando a la interpretación discursiva y a recuperar las cuestiones emergentes.

Articulando las fases

Como paso previo al anterior, fue necesario construir el modelo de análisis: precisar el marco teórico de referencia y los conceptos e hipótesis que guiaron el trabajo de investigación. En las dos fases se articularon esas instancias de conceptualización y ejes de discusión que se vieron reflejados en el diseño del cuestionario y en el guion de entrevista grupal.

En este sentido, el diseño de las preguntas del cuestionario y el proceso de elaboración del guion semiestructurado de los grupos focales partieron de la definición de los conceptos que fue necesario operacionalizar: transformar los conceptos abstractos en indicadores concretos que puedan ser observados y “medidos”. Para ello se construyeron dimensiones analíticas asociadas a las prácticas, percepciones y articulaciones biomédicas y no-biomédicas que despliegan los sujetos vinculadas a *‘cuidar/prevenir/mantener/no-enfermar/curar/tratar/atender’* la salud y la enfermedad. Las dimensiones fueron: perfil

⁵ Los valores de estas tres variables son: mujer y varón; dos grupos etarios: 20 - 40 y 41 - 60; y dos niveles de estudios: universitario y no universitario. De acuerdo con esto, la saturación socioestructural, nos da como resultado la obtención de 8 perfiles teóricos ($2*2*2=8$), siendo éstos todos relevantes para la matriz empírica. Adaptándonos a la realidad empírica y según las variables de segmentación seleccionadas se optó por realizar dos grupos focalizados.

demográfico-socio-ocupacional, percepción del estado de salud, presencia de prácticas no-biomédicas, presencia de prácticas biomédicas y formas de atención de los padecimientos/enfermedad.

Es importante tener en cuenta, que intentando buscar precisión en el concepto más importante que atravesó el trabajo, que era el cuidado de la salud y como correlato, la atención|prevención de la enfermedad, consideramos necesario definir de manera estandarizada los mismos. En efecto, se retomaron categorizaciones de los organismos internacionales, lo que nos ayudó a pensar criterios o parámetros de medición de los conceptos y a elaborar las dimensiones y los indicadores para la construcción del dispositivo de encuesta. Estas definiciones normalizadas de salud, enfermedad y cuidado provienen de los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud -OMS- y la Organización Panamericana de la Salud -OPS- y derivan de ellas los indicadores que se proponen para cumplir con los objetivos de conocimiento establecidos⁶.

En el caso de la encuesta, el conjunto extendido de indicadores apuntaron a una batería de preguntas sobre el perfil demográfico, socio-ocupacional (número de integrantes del hogar, género, edad, lugar de nacimiento, máximo nivel de estudios alcanzados, actividad laboral, ocupación, cobertura y tipo de cobertura de salud, situación convivencial, tenencia de hijo/s|hija/s); el estado de salud general (importancia del tema de la salud, evaluación del estado de salud, cuestiones que se toman en cuenta para esa evaluación); presencia de prácticas no-biomédicas (batería de indicadores sobre la utilización de medicinas, terapias o prácticas que considera alternativa/tradicional y sobre utilización de productos naturales/remedios caseros); presencia de prácticas biomédicas (realización de consulta médica, realización de estudios médicos, probabilidad de consumir medicamentos sin prescripción médica o más/menos del tiempo recetado, lectura de prospectos, dispositivos médicos en el hogar, hábitos y medidas domésticas); y formas de atención de los padecimientos y articulaciones entre prácticas biomédicas y no biomédicas (batería de indicadores sobre la presencia de algún/os problema/s de salud o enfermedad reciente,

⁶ Debemos advertir sobre estas cuestiones normativas, que sabemos que se trata de los estándares universales de salud de la OMS, pero nada dicen de las desigualdades ni diversidades étnicas, etarias, culturales, etc.

conjunto de indicadores referidos a la articulación de las formas de atención y de las prácticas).

Luego del procesamiento y el análisis de los datos provenientes de la realización de las encuestas y para profundizar algunas cuestiones se definió el guión semiestructurado de los grupos focalizados. En los grupos focales se abordaron como ejes principales las significaciones de los hábitos saludables (de dónde obtienen la información sobre ellos y a qué cuestiones les dan importancia), las dificultades que encuentran para el cuidado de la salud, la modificación de los hábitos con los/as hijos/as (si tuviera) y el lugar que ocupan las prácticas alternativas. Todas esas cuestiones quedaron por fuera del cuestionario semiestructurado, por ser más difíciles de abordar tanto en preguntas cerradas (por la multiplicidad de opciones de respuesta) como en preguntas abiertas (por la ardua tarea de codificación que implican).

Cabe destacar, que cada fase de la investigación (cuantitativa/cualitativa) fue entendida como una unidad, donde se articularon instancias de conceptualización, y en este sentido, las definiciones operativas fueron compartidas; la fase cualitativa emergió de la fase anterior y de los resultados a los que llegamos con ella.

Como resultado de la articulación de ambas fases, y solo para realizar un breve comentario de los datos obtenidos en la investigación, resulta interesante remarcar una observación sobre las categorías que utilizan los/as respondientes para hacer alusión a la salud, entre ellas, se destacan “mejorar”, “adquirir”, “regular”, “disminuir”, “calmar”, “combatir”, “evitar”. Lo que considero que hace alusión a la percepción de la salud como una cuestión sobre la que el sujeto ejerce responsabilidad y control individual. La ejecución de prácticas de la salud por parte de los sujetos dan cuenta que asume de un modo activo y responsable la gestión de los posibles padecimientos, al mismo tiempo, que se mantiene “productivo” en una sociedad que le demanda justamente “producción”. En las sociedades occidentales la salud ha dejado de ser concebida como el producto del destino personal para convertirse, en un logro de los sujetos en un contexto que demanda una mayor responsabilidad personal, y dónde se establecen como valores centrales el mantener una buena salud a través del esfuerzo personal, algo que constituye un prerrequisito para

competir en el mercado de trabajo y conformar las expectativas de ser un buen ciudadano (Beck-Gernsheim, 2007).

En este contexto, las cuestiones de la desigualdad en el acceso a la salud y la mercantilización de los servicios (incluidas las prácticas no biomédicas) son claves; las búsquedas de salud están “atadas” a la cuestión de clase. Si bien en nuestras sociedades predomina el pluralismo médico donde la población utiliza potencialmente varias formas de atención (Menéndez, 2003), las desigualdades de clase limitan las posibilidades para “cumplir” con el mandato de la responsabilidad personal de cuidado de la salud (Freidin, 2017). En este sentido, el mandato social y cultural de mantener una vida saludable es considerado “una retórica de la vida que no sólo colabora a construir delimitaciones y jerarquías simbólicas y sociales entre quienes logran o no alcanzar este ideal, sino que también promueve el desarrollo de una floreciente industria alrededor de dicha preocupación” (Freidin, 2017, pág. 20).

A modo de cierre. Algunas claves de la reflexión metodológica

Los tradicionales debates que han opuesto diferentes concepciones de lo social y sus métodos de investigación, a menudo resumidos en el par cuantitativo/cualitativo, han dado paso en la actualidad a un reconocimiento de la pluralidad (López Roldán y Fachelli, 2016). El reconocimiento de la pluralidad, más allá de que existan visiones contrapuestas, alude la posibilidad de orientar la investigación social desde una construcción del objeto de estudio donde se puedan reconocer distintas perspectivas que si bien resultan parcialmente distintas, se vinculan entre sí, y por tanto pueden ser complementarias y susceptibles de articulación, en pos de propuestas que busquen enriquecer las investigaciones de lo social. En efecto, las herramientas y las técnicas son amplias, por eso fue preciso contemplar una perspectiva metodológica de investigación multiestratégica con diseño mixto, viendo la conveniencia y la necesidad de orientar la práctica de la investigación desde la articulación, ya sea bajo una estrategia de encadenamiento, como en el caso de la investigación comentada, o bajo otras estrategias posibles como la complementación o la triangulación metodológica.

En este sentido, las formas de orientar la investigación no son modelos ni únicos ni rígidos, sino posibles; existe un lugar de encuentro entre las distintas perspectivas, lo que permite orientaciones más flexibles y creativas por parte del/de la investigador/a, lo que genera conocimientos extensivos sobre las temáticas.

Bibliografía

- Beck-Gernsheim, E., (2007) “Health and responsibility: From social change to technological change and vice versa”. En *The risk society and beyond*. Ed. Por Badam, U Beck y J. Van Loon. Londres: Sage.
- Eymann, A., Bellomo, M. M., Catsicaris, C., y Wahren, C. (2009). “Utilización de medicina alternativa o complementaria en una población pediátrica de un hospital de comunidad”. *Archivos argentinos de pediatría*, 107(4), 321-328.
- Fiorentino, M. S., Cuestas, E., Saurit, V., Alvarellos, A., y Caeiro, F. (2007). “La utilización de la medicina alternativa en pacientes con artritis reumatoidea”. *Revista Argentina de Reumatología*, 18(4), 31.
- Franco, J. y Pecci, C., (2003) “La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas”. *Medicina - Volumen 63 - Nº 2*. Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
- Freidin, B., (coord.) (2017) “Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires”. *Imago Mundi*. Buenos Aires.
- Fries, C. 2009. “Bourdieu’s Reflexive Sociology as a Theoretical Basis for Mixed Methods Research: An Application to Complementary and Alternative Medicine”. *Journal of Mixed Methods Research*. First Published October 13, 2009. Vol 3, Issue 4, pp. 326 - 348.
- Idoyaga Molina, A. y Luxardo, N., (2005). *Medicinas no convencionales en cáncer*. Medicina (Buenos Aires), 65(5), 390-394.
- Ikonikoff, M., Alderete, M., y Vásquez, F., (2003). “Uso de medicinas complementarias en atención primaria en una población Argentina”. *Plan de Salud*, Hospital Italiano Buenos Aires Argentina.

- López-Roldán, P. y Fachelli, S., (2016). “Metodología. Parte 1. Capítulo I.2 El proceso de investigación”. En Metodología de la Investigación Social Cuantitativa. Bellaterra (Cerdanyola del Vallès).
- Menéndez, E., (1985). “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”. Cuadernos Médico Sociales, 33, 3-34.
- Menéndez, E., (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Ciência & saúde coletiva, 8, 185-207.
- Sarudiansky, M. (2010). “Entre la emoción y la enfermedad: Posturas biomédicas y elecciones terapéuticas en individuos ansiosos de Buenos Aires (Argentina)”. RBSE, 9 (27): 889 a 921.