

La complejidad inherente a los viejos y nuevos problemas de salud pública y los mecanismos que las sociedades desarrollan para hacerles frente, han llamado al concurso de diversas disciplinas académicas a fin de que apliquen las herramientas teórico-metodológicas pertinentes en su comprensión y análisis.

Entre los recursos gnoseológicos con los que cuentan las ciencias sociales están los métodos cualitativos. A través de la aplicación de estos métodos, los especialistas en salud pública han podido acceder a conocimientos que permiten encontrar relaciones causales de los fenómenos bajo estudio.

Aunque el uso de métodos cualitativos ha sido subestimado tradicionalmente, en años recientes han mostrado su utilidad y potencialidad futura en la investigación en salud pública, particularmente cuando se usan en forma combinada con los cuantitativos.

La presente obra destaca las potencialidades de los métodos cualitativos a partir de su aplicación en proyectos de investigación específicos. La trascendencia del libro estriba en la capacidad que tenga para advertir al lector interesado en las ventajas visibles y los cuidados que deben considerarse para lograr su adecuada aplicación.

Gustavo Nigenda/Ana Langer

Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública

Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública

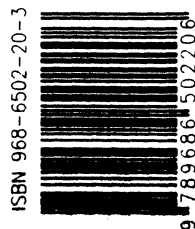
Editores
Gustavo Nigenda
Ana Langer



PERSPECTIVAS
EN SALUD
PÚBLICA
20



INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA



INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA

MÉTODOS CUALITATIVOS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS

GUSTAVO NIGENDA
ANA LANGER

Introducción

La utilización de métodos cualitativos para la obtención de información en el campo de la salud pública no es un suceso reciente, pero en los últimos 15 años ha tenido un desarrollo considerable. De hecho, de acuerdo con Rosen, ¹ ya en el siglo pasado, el médico alemán Rudolf Virchow, mundialmente reconocido por sus aportaciones en el campo de la patología y la medicina social, gustaba de aplicar técnicas observacionales en su indagación científica cotidiana. Este hecho suele pasar desapercibido cuando se hace un recuento de las aportaciones de Virchow al campo de las ciencias médicas pero la aplicación de dichas técnicas permitió que el pensamiento de Virchow y su análisis de la realidad tuvieran una profundidad poco común.

Recientemente, la antropología y la sociología han sido las disciplinas del área de las ciencias sociales que aplican con mayor rigor las técnicas cualitativas para el estudio de problemas de investigación en el área de la salud pública. La capacidad analítica e interpretativa alcanzada por las especialidades médicas de dichas disciplinas las ha convertido, probablemente, en sus áreas más dinámicas.

Por ejemplo, la antropología médica ha alcanzado un estatus académico importante en los países desarrollados. En los Estados Unidos hay más de 2 mil investigadores reconocidos como especialistas en el tema. En Gran Bretaña, *The Lancet*, una de las revistas clínicas más prestigiadas del mundo, a raíz del surgimiento de un volumen importante de estudios sobre temas antropológicos,

abrió, a partir de abril de 1991, una sección denominada Medicina y Cultura, inaugurada por dos de los antropólogos médicos ingleses más reconocidos.^{2,3} El editorial de esa sección señalaba lo siguiente: “los médicos no deben sorprenderse más cuando sus intentos por proyectar ideas de la medicina occidental a otras sociedades no funcionen o produzcan resultados no esperados”. Es decir, se reconoce como problema prioritario de investigación la necesidad de entender la forma en la que las poblaciones traducen la información que los profesionales y las instituciones de salud les otorgan, así como la forma en la que esta información guía la búsqueda de atención médica. Debe señalarse también que no son sólo las sociedades de los países en vías de desarrollo las que tienen problemas para entender los mensajes de la “medicina occidental” sino que existen evidencias de que esa interpretación o traducción también se dificulta en las poblaciones de los propios países desde donde este modelo se proyecta. Lo anterior ha dado lugar al surgimiento, y a veces al resurgimiento, de modelos alternativos de atención, aun en áreas urbanas de los países industrializados, donde se creían desaparecidos. Además, con frecuencia los grupos de población que tienen una posición privilegiada en la estructura social son quienes hacen uso de modelos alternativos de atención.

Colson y Selby⁴ señalan que las áreas en las que más ha incursionado la antropología médica son la etnomedicina, la ecología médica, la investigación en problemas de salud y en los sistemas de atención.

Por su parte la sociología médica de los países industrializados también ha tenido un desarrollo importante. Para mediados de los años 80, la Asociación Sociológica Americana tenía registrados a cerca de 1 200 especialistas en el área de sociología médica, que en ese momento era la subespecialidad que más investigadores concentraba. De acuerdo con Bloom y Zambrana,⁵ la sociología médica ha incursionado en cinco áreas de investigación: la historia social de la medicina, la psicología social de las relaciones interpersonales en las instituciones terapéuticas, la epidemiología social, la sociología de las profesiones y la educación médica.

Para la antropología y la sociología médicas la aplicación de métodos cualitativos ha sido muy importante. Bloom y Zambrana⁵ mencionan que los trabajos de Stein, Sigerist, Ackernecht, Rosen y otros, han hecho una aportación intelectual importante al campo de la salud a pesar de que a lo largo del presente siglo este tipo de investigadores ha contado “con mucho menos apoyo financiero para su trabajo que aquellos que utilizan metodologías

cuantitativas, (a pesar de ello) han hecho contribuciones inusuales a la sociología de la medicina”. De la misma forma, los trabajos de autores como Sullivan, Belknap, Caudill y Goffman, sustentados en el uso de técnicas etnográficas, han pasado a ser categorizados como clásicos en la disciplina.

Los métodos cualitativos permiten considerar dimensiones de la interacción social que difícilmente pueden ser abordadas por otros métodos. Además son adecuados para identificar elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de planeación, otorgamiento y recepción de los servicios médicos.

En los siguientes apartados se discuten diversos aspectos relacionados con el uso de métodos cualitativos para la investigación de problemas en el campo de la salud pública. Asimismo, se rescatan algunos puntos de una discusión actualmente vigente a nivel internacional sobre la utilidad de los métodos cualitativos y las precauciones que se deben tener con su uso. Se propone además la necesidad de ampliar la utilización de dichos métodos en la investigación en salud. Por último, se discute la potencialidad de los métodos cualitativos para la investigación en el campo de la salud, algunas de sus características y se enfatiza la necesidad imperiosa que existe por combinar su uso con métodos de tipo cuantitativo.

Los métodos cualitativos como alternativa

Los métodos cualitativos han sido subestimados durante años dentro del campo de la salud pública. Las críticas más importantes de las que han sido objeto se refieren a la imposibilidad de generalizar a partir de los resultados obtenidos, a su alto grado de subjetividad, y en consecuencia al riesgo que existe de que el investigador introduzca sesgos, y a los largos periodos que se requieren para su adecuada aplicación. Estas críticas surgen de la comparación de los métodos cualitativos con los cuantitativos. No obstante, los problemas señalados no son privativos de los métodos cualitativos, ya que algunos de ellos también se presentan en la aplicación de los cuantitativos.⁶ De hecho, su creciente utilización deriva en gran parte del descubrimiento de sus ventajas por parte de los investigadores que habían trabajado sobre todo con métodos cuantitativos.

Los antropólogos y sociólogos médicos preocupados por enfatizar las potencialidades reales de los métodos cualitativos argumentan que, en el fondo, la relación de predominio que tienen los métodos cuantitativos sobre

los cualitativos no tiene un sustento epistemológico. Más aún, de acuerdo con Agar ⁷ el problema es que existen diferentes estilos de hacer investigación social pero un solo lenguaje dominante para hablar sobre ellos. El lenguaje dominante es lo que se podría llamar la “visión aceptada” de la ciencia, que se centra en la prueba sistemática de hipótesis explícitas, es decir, establece el predominio de una forma de análisis deductiva, como si fuera la única que se apega al método científico.

No obstante, es común observar que el investigador en el campo de la salud pública se enfrenta a problemas sobre cuya naturaleza y complejidad no existe conocimiento previo. Por ejemplo, cuando uno lee una nota sobre el descontento de los jóvenes médicos con su profesión, se pregunta: ¿qué sucede? Para muchos investigadores el primer impulso es establecer hipótesis, obtener muestras representativas, diseñar instrumentos para cuantificar el fenómeno y proceder a su medición. Agar ⁷ sostiene que esta secuencia de pasos no es necesariamente la correcta para entender el problema y propone que en lugar de ello, es necesario “aprender acerca de un mundo que no (se) entiende, por vía de enfrentarlo de primera mano (es decir etnográficamente) y tratando de dar a esta experiencia algún sentido”. Dicho de otra manera, cuantificar no es necesariamente el primer paso para acceder a la comprensión de un fenómeno que no se conoce o del cual se tiene un conocimiento limitado.

Algunas experiencias concretas dieron un gran impulso a la difusión de los métodos cualitativos en el campo de la salud pública, entre ellas, por ejemplo, el descubrimiento del mecanismo de transmisión del virus del Kuru entre los Fore de Nueva Guinea. Esta enfermedad letal, producida por un virus de desarrollo lento, es transmitida por la ingestión de carne humana. La aplicación de métodos cualitativos permitió desarrollar la hipótesis de la transmisión vía canibalismo que sustituyó a la desarrollada anteriormente por científicos biomédicos basada en patrones de transmisión genética. La antropóloga S. Lindenbaum, y antes que ella el antropólogo australiano J. Berndt, habían estudiado retrospectivamente la conformación de los patrones de estructura familiar entre los Fore. Encontraron que la enfermedad se distribuía principalmente entre mujeres y niños quienes además eran los únicos a los que se les permitía ingerir, en festividades rituales, la carne de familiares muertos. Al relacionar estos hechos se desarrolló la hipótesis de la transmisión por ingestión de carne humana. Más tarde, macerados de cerebro de personas

muertas por Kuru se inocularon en animales de experimentación, que meses después desarrollaron la enfermedad.

Otras enfermedades, principalmente del tipo de las demencias seniles como la de Jacob-Kreutzfeld o la de Alzheimer, de las que se desconoce el origen, se han empezado a estudiar con métodos cualitativos. Además, la aplicación de estos métodos para el estudio de los patrones de transmisión y conducta humana ante el SIDA han derivado información sumamente relevante.

De estas experiencias se deriva como una de las enseñanzas más importantes en el campo de la salud pública que los métodos cualitativos contribuyen a entender e interpretar fenómenos complejos, antes de proceder a su cuantificación. Por ejemplo, muchos de los aspectos de la interacción entre el médico y el paciente, o las conductas de la población ante el riesgo de adquirir ciertas enfermedades, o los factores que intervienen en la búsqueda de atención médica, son todavía muy poco conocidos. Antes de iniciar la definición de variables y el conteo sistemático de sus categorías –conocimientos, actitudes, expectativas, creencias, valoraciones y conductas– en la población estudiada, es necesario establecer cuál es su naturaleza. Para ello, el uso de métodos cualitativos es esencial. Sin embargo, en muchas ocasiones se piensa que las variables se pueden deducir a través de un ejercicio de abstracción; es entonces cuando los métodos cuantitativos se inundan con las apreciaciones subjetivas del investigador. Es preciso recordar que las diferencias sociales, culturales, económicas, por nombrar sólo algunas, entre el investigador y la persona de quien se obtiene la información, suelen ser tan grandes que pueden interferir en el diseño adecuado de las preguntas de un cuestionario y, por lo tanto, en la captación de la información.

El informante y su entorno social, un mundo por descubrir

Los métodos cualitativos mantienen como una de sus premisas fundamentales que la investigación sólo podrá acceder al conocimiento de la realidad comprendiendo el punto de vista del informante. Como Stein⁸ señala, “uno intenta ver cómo los miembros de un grupo ven, sienten, experimentan y construyen su mundo cognitivamente, esto es, comprender el punto de vista (del otro). Esta construcción cultural de la realidad comúnmente difiere de manera muy marcada del punto de vista externo del observador”. Un buen ejemplo de

ello es el del epidemiólogo que intenta conocer la incidencia y la prevalencia de una enfermedad mental a través de las categorías demarcadas por la psiquiatría oficial en lugar de hacerlo en términos de las propias definiciones de la comunidad y de la capacidad que ésta tiene para identificar los casos. En términos prestados de la lingüística, estos dos marcos corresponden a construcciones *emic* y *etic*. La primera corresponde a la visión del investigador y la segunda a la visión de la población.

En esencia, por etnografía se entiende el uso de la observación directa y de la investigación detallada en el lugar donde los hechos se producen a fin de realizar una descripción naturalista y “densa” de la gente y su cultura.⁹ La etnografía intenta descubrir los símbolos y categorías que una cultura dada usa para interpretar el mundo, por lo que preserva así la integridad y las propiedades inherentes a un fenómeno cultural.¹⁰ Representa, pues, una forma de conocer la realidad construida por una sociedad de acuerdo con sus propias normas y una manera de entender cómo las formas de pensamiento y la conducta se ajustan a esta construcción. El etnógrafo, al realizar este trabajo, inevitablemente pone en juego sus propias normas y valores por lo que debe diferenciar claramente entre ambos universos. De hecho, Giddens¹¹ señala que en esencia la etnografía permite arribar a una “mediación entre marcos de significados”. Una meta del trabajo etnográfico es obtener cúmulos de información de gran riqueza derivados de los informantes, para desarrollar una teoría que explique las características de las culturas y las variaciones que existen entre ellas.¹² Idealmente, estos métodos y modelos nos deben ayudar a reconocer lo que es específico de una cultura y lo que es lo común a algunas de ellas.

Sin embargo, el trabajo comparativo genera un número interesante de problemas, entre ellos la dificultad de comparar diferentes informes etnográficos aun cuando se refieran, supuestamente, a un mismo fenómeno. Entre los problemas mencionados, se encuentran la capacidad de interpretación por parte del investigador, su formación profesional, su experiencia y la proyección de ciertos valores raciales, sociales, familiares, etcétera. De esta forma los etnógrafos se han interesado por reducir la variabilidad de sus descripciones a fin de que sean comparables. Una consecuencia de lo anterior es que en general se encuentran poco interesados en construir escenarios a futuro y prefieren entender qué es lo que está ocurriendo en una comunidad en un momento determinado, así como la naturaleza de los mecanismos existentes. El argumento de partida

señala que difícilmente se puede saber qué sucederá más adelante, a menos que uno sepa lo que está ocurriendo en el momento.

Por otra parte, investigadores como Eisenberg y Fábrega, ampliamente familiarizados con el campo de las ciencias biomédicas, han logrado incorporar a sus esquemas de trabajo los métodos cualitativos, y han sido capaces de establecer la diferencia entre enfermedad y padecimiento—*sickness and illness* tal como han sido bautizados inicialmente en inglés—. La enfermedad encuentra su fundamento en el modelo biomédico occidental que construye sus entidades u objetos de estudio a partir de la definición de estados anatómo-fisiológicos que entran o salen de las normas. Es decir, con este acercamiento la enfermedad se define a través del uso de escalas de medición y de instrumentos que establecen los valores independientemente de la opinión del enfermo. El segundo concepto encuentra su fundamento en lo que Fábrega¹³ denomina la “teoría etnomédica del padecimiento”. Así, el concepto de padecimiento se basa en la definición de la persona que lo sufre, rebasando los límites de lo biológico y penetrando en el campo de lo social y cultural. De acuerdo con Fábrega, una teoría etnomédica del padecimiento se puede definir como un conjunto de creencias interrelacionadas en una estructura lógica y cuya función es la de proveer un entendimiento acerca del padecimiento y de los problemas que lo rodean. Así, una teoría etnomédica del padecimiento no se puede separar de los factores sociales y culturales que le dan contexto.

Hecha esta distinción, resulta obvia la necesidad de identificar las concepciones sobre el proceso de salud-enfermedad, propias de la población bajo estudio en cualquier investigación del área. De esta manera, Kroeger¹⁴ propone incluir en estudios de este tipo la identificación de los patrones de enfermedad local así como las descripciones de los síntomas desde la perspectiva de la población. Existen varias formas de hacer esto. Una de las más comunes es a través de la estandarización de una lista fija de conceptos. No obstante con ello se corre el riesgo de reducir la variación semántica y conceptual tanto individual como colectiva de la percepción y descripción de los síntomas. Esto es particularmente riesgoso cuando el equipo de investigación no está familiarizado con la población bajo estudio. En general es recomendable construir la lista a partir de la información primaria que brinde la propia población. Un conocimiento extensivo de la “semántica de la enfermedad” existente en la población es, en consecuencia, una precondition para iniciar prácticamente cualquier tipo de investigación.

Las preguntas cerradas con alternativas fijas requieren de un tipo de entrevista donde el informante comprenda perfectamente la pregunta y sea capaz de clasificar su opinión en las categorías definidas. Es posible lograr esto cuando las preguntas se refieren a hechos de la realidad material, pero suele ser difícil con preguntas que indagan actitudes o creencias sobre diversos aspectos. Debido a esto, muchos autores argumentan que el mejor remedio para minimizar las influencias de la entrevista puede ser, en lugar de aplicar un cuestionario altamente estandarizado, realizar entrevistas que se adapten a un estilo de comunicación propio de la vida cotidiana.

El estudio de la satisfacción de la población ante los servicios de salud

Un ejemplo de la aplicación de los métodos cualitativos

En muchos países industrializados, como Estados Unidos, Inglaterra, Suecia o Dinamarca¹⁵ existe una creciente preocupación por entender los motivos por los que importantes sectores de la población no asisten a las unidades de atención para la salud. En el primero de ellos, la explicación tiende a dirigirse a la barrera establecida por el precio y a otras variables económicas que dificultan el acceso a los servicios de salud para millones de norteamericanos. En el resto, la barrera del precio no representa una variable tan importante.

Por otra parte, se sabe que tanto en los Estados Unidos como en el resto de los países, entre el 70 y 90% de los síntomas de enfermedad no conducen a una búsqueda de atención en los servicios de salud.^{15,16} A este fenómeno se le ha denominado el "iceberg de la enfermedad", porque se considera que sólo la "punta" de esta masa de personas con síntomas se puede identificar sobre la "superficie", es decir, en los servicios de salud. Este fenómeno ha generado una multitud de investigaciones para encontrar posibles explicaciones a tal conducta.

Una línea de investigación se ha centrado en el grado de satisfacción que presentan quienes reciben la atención médica, misma que está ligada con la calidad de los servicios.¹⁷ Pero, ¿qué significa la satisfacción del paciente? Quienes estudian el fenómeno no han podido ponerse totalmente de acuerdo sobre su naturaleza. La satisfacción algunas veces ha sido entendida como una actitud o un grupo de actitudes. Según Fitzpatrick,¹⁸ sin embargo, es más útil pensarla en términos de la evaluación o grupo de evaluaciones que lleva a cabo el paciente. Otros autores, por su parte, consideran que la satisfacción del

paciente involucra una evaluación cognitiva de la atención para la salud y una reacción emocional frente a ella.¹⁹

Lo que interesa destacar de esta discusión es la dificultad para interpretar los resultados de los estudios sobre el nivel global o general de satisfacción. Las medidas globales de satisfacción pueden reflejar una variedad de influencias del entorno social sobre el paciente que no permiten identificar su apreciación personal. En general, se recomienda investigar la satisfacción sobre aspectos específicos de la atención que proveen los servicios de salud.

En la práctica, la mayor parte de las investigaciones sobre satisfacción aborda este problema examinando la visión de los pacientes en términos multidimensionales. Las preguntas acerca del contenido del tratamiento se consideran sólo como una dimensión más, que se añade a los juicios sobre los aspectos interpersonales de la atención, entre otros.

Muchas de las investigaciones realizadas para abordar la temática de la satisfacción aplican de entrada métodos cuantitativos. A partir de los resultados obtenidos por estas investigaciones Fitzpatrick¹⁸ concluye que en general se ha prestado poca atención a los aspectos anteriormente referidos en la construcción de los cuestionarios que estudian la satisfacción de los pacientes. "Diversos métodos cuantitativos han sido utilizados en el estudio del fenómeno, sin embargo, un problema que existe al tratar de interpretar estos estudios es que los pacientes tienden a expresar altos niveles de satisfacción con la mayoría de los items". ¿Qué se está midiendo entonces con los cuestionarios? Fitzpatrick señala que en tales circunstancias el análisis cuantitativo de los datos se dificulta en virtud de la falta de certeza del significado real de las respuestas.

Por otra parte, Stiles y colaboradores,²⁰ mostraron que la satisfacción de los pacientes en una unidad de consulta externa se encontraba relacionada con el estilo particular de comunicación de los médicos, y no con sus conocimientos técnicos. En la relación también se encuentran involucrados los denominados "efectos normativos" que los profesionales de la salud, en particular los médicos, ejercen sobre el paciente, los cuales tienden a sesgar en sentido positivo su opinión con respecto a la atención recibida.

Así, en un estudio basado en entrevistas en profundidad con pacientes de clínicas neurológicas, una minoría de ellos manifestó estar sensiblemente decepcionada con sus visitas a la clínica. Sin embargo, muchos admitieron la existencia de ciertas presiones que funcionaban como razones por las cuales no se autodescribían como "insatisfechos". Ello refuerza la propuesta de

Freidson,²¹ en términos de que en la relación entre el médico y el paciente está de por medio un juego de poder o, como señala Kleinman,¹⁶ una relación transaccional donde prestadores de servicios y pacientes negocian condiciones, de acuerdo con los fundamentos que sostienen los modelos mentales con lo que explican el proceso de salud-enfermedad.

Otra limitación para abordar aspectos como la satisfacción a través de métodos cuantitativos deriva de la poca consideración que se suele otorgar a la comparación y a sus consecuencias. En general, es difícil comparar los resultados de encuestas de corte transversal, principalmente cuando los investigadores han desarrollado su propio cuestionario. Fitzpatrick señala que, por desgracia, muchas encuestas elaboran sus propios cuestionarios con muy poca referencia a otros estudios. No existe un cuestionario que pueda considerarse como un estándar de calidad, ampliamente aplicable en campo.

Ante estas limitaciones, se pueden considerar ciertas alternativas a los cuestionarios estandarizados. En particular, las entrevistas estructuradas y semiestructuradas tienen un lugar importante. Su ventaja consiste en que permiten identificar mucho más claramente las preocupaciones y los problemas que los pacientes enfrentan, así como sus evaluaciones positivas o negativas. Una gran limitación de los cuestionarios es que todos los ítems tienen el mismo peso. Para los pacientes, sin embargo, ciertos aspectos particulares pueden variar mucho su significado, distinción que se puede detectar fácilmente a través de las entrevistas en profundidad.

Técnicas cualitativas disponibles

En Rossi, O'Higgins¹² y Peltó, Peltó²² se pueden consultar descripciones amplias sobre los métodos cualitativos disponibles. Las descripciones relacionadas con el uso de métodos cualitativos en investigaciones dentro del campo de la salud pública se pueden encontrar en Buzzard,⁶ Heggenhougen, Draper.²³ A continuación se realiza una descripción breve de los métodos más utilizados en el campo de la salud pública.

1. *Observación participante.* Se considera la técnica etnográfica clásica, cuya premisa es que el investigador recoge la información viva por un periodo de tiempo —en general un año— con la población bajo estudio. Este método requiere del registro de observaciones y de la información obtenida a partir

de entrevistas, su posterior indización y codificación, el ordenamiento de la información codificada, la selección y proceso y, finalmente, el análisis.

2. *Entrevistas individuales.* Consisten en la conversación directa y abierta sin el uso de un cuestionario o una agenda temática, lo cual puede generar ideas y expectativas empíricas. Puede variar desde entrevistas informales casuales con individuos no seleccionados, hasta la selección de informantes clave.

3. *Entrevistas con cédulas breves y técnicas conversacionales.* Esta técnica requiere de la preparación de una cédula de entrevista, la realización de la entrevista, y la codificación y el análisis de las respuestas. La cédula de entrevista normalmente contiene varias preguntas abiertas y la secuencia de preguntas no se sigue de manera rígida.

4. *Cuestionarios.* Se refiere al uso de cuestionarios formales estructurados, principalmente cerrados, que se administran a una muestra amplia y que buscan recuperar información factual. Es un acercamiento de "contexto reducido", útil para conocer lo que la gente dice que hace o piensa y que sólo revelará cuando se le pregunte. Es recomendable que el cuestionario tenga al menos una pregunta abierta para buscar información de "contexto amplio", a fin de buscar respuestas más profundas sobre ciertos puntos.

5. *Entrevista familiar.* Técnica derivada de la terapia familiar, que utiliza la construcción de árboles genealógicos y hace un seguimiento de la familia en el tiempo, tratando de registrar su dinámica interior.

6. *Grupos focales o entrevistas con grupos.* Consiste en discusiones abiertas guiadas con grupos de informantes pequeños y homogéneos. El investigador debe asegurarse que todos los integrantes del grupo sean capaces de responder a una cédula breve de preguntas buscando que la conversación grupal facilite la emisión de información.

7. *Colección de narrativas.* Consiste en la búsqueda de narrativas tales como historias de vida. Las narrativas pueden reflejar experiencias particulares, aunque debe considerarse que la estructura de cada una de ellas está culturalmente determinada.