

¿INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN O SIGNIFICADOS NEGOCIADOS? ALCANCE DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN POBLACIONES INDÍGENAS

Rocío López Lara, Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez

INTRODUCCIÓN

La investigación de la comunicación en el campo de la salud ha abarcado diversidad de objetos de estudio: comunicación en la relación médico-paciente, comunicación organizacional, comunicación como herramienta para la promoción y la educación para la salud, evaluación de campañas de comunicación, por citar sólo algunos tópicos. Dentro de esa diversidad, la comunicación ha sido concebida predominantemente como un instrumento para informar, persuadir y educar a las poblaciones respecto de la prevención de enfermedades y el cuidado de su salud.

Por el contrario, poco se han estudiado los procesos comunicativos grupales dirigidos a la prevención y a la educación con personas sanas que hacen uso de los servicios de salud; tampoco, cómo se desarrolla la interacción de la población con el personal de salud capacitador, cuando pertenecen a culturas y lenguas distintas y de qué manera ven transformada su práctica y sus ideas después de la comunicación. Menos aún son los estudios que han abordado estas cuestiones desde una perspectiva de los sujetos. La presente investigación contribuye en este sentido, al tratarse de un estudio cualitativo sobre el proceso de comunicacional intercultural.

Hablar de comunicación en salud implica necesariamente una relación interpersonal, una interacción entre personas que dialogan sobre un tema. Este tema del que se habla, ya sea la salud o las medidas que se deben seguir para protegerse de una enfermedad, no es un contenido aislado; es una construcción colectiva cargada de significados, simbolismos y reglas propias del grupo social al que se pertenece.

Esto también sucede con los saberes y las prácticas en torno al cuidado de la salud infantil: lo que los profesionales de la salud y las poblaciones entienden, expresan y hablan sobre la salud de los niños, es lo que

han construido socialmente en sus propios contextos culturales. Muy pocas veces los individuos son conscientes del origen de sus ideas y sus expresiones, menos aún de sus diferencias con las ideas de los otros y del efecto que esta diferencia causa, tanto en el contenido hablado como en las personas que hablan e interactúan.

La atención médica en los Centros de Salud es el primer espacio de respuesta institucional ante las necesidades sanitarias de la población. Con relación a la salud infantil, estudios y análisis oficiales reconocen importantes avances en la disminución de muertes por diarreas, infecciones respiratorias, bajo peso al nacer y enfermedades prevenibles por vacunación, producto de medidas de salud pública como el incremento en la cobertura de los servicios de atención primaria en las comunidades o en los apoyos para la nutrición.¹

Desde finales de los años 90 del siglo pasado, estudios sobre la calidad de la atención integrada al menor de cinco años señalaron que uno de los factores que contribuye a la mortalidad infantil por diarreas, infecciones respiratorias agudas o deficiencias de la nutrición, es la capacitación deficiente de la madre con relación al cuidado del niño enfermo en el hogar.²

En las comunidades indígenas, esta capacitación deficiente alude a una comunicación intercultural que no ha logrado ser eficaz. Si bien en las políticas sanitarias actuales se reconocen las diferencias culturales de las poblaciones y se planea que el personal de salud sea capaz de responder positivamente a ellas, aún no se ha estudiado el peso que esas diferencias culturales tienen sobre el proceso de la atención médica, la capacitación de las madres de familia y el aprendizaje de las medidas de cuidado del niño enfermo en el hogar.

Por lo anterior, esta investigación se propone explorar la forma cómo es vivido e interpretado por los propios actores sociales, los procesos comunicativo y educativo

en salud. Se trata, también de un estudio cualitativo sobre los significados que madres de familia indígenas y personal de salud de municipios indígenas de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba construyen alrededor de su interacción comunicativa durante las acciones de capacitación grupal. Se pretende acercarse al fenómeno de la comunicación educativa en su dimensión interpersonal, colectiva y sociocultural y generar, a partir de este acercamiento, una retroalimentación de las acciones, los procesos y las prácticas del personal de salud del primer nivel de atención de la región en estudio.

El diseño del estudio consta de tres etapas. La primera, previa al estudio, analiza la morbi-mortalidad en los municipios indígenas con bajo Índice de Desarrollo Humano de la Jurisdicción Sanitaria VII, para elegir cuatro comunidades participantes. La segunda, de trabajo en campo consiste en tres visitas a las comunidades participantes, para observar el desarrollo de las acciones de capacitación grupal con las madres de familia, formar cuatro grupos focales con las mujeres indígenas que acuden a estas capacitaciones, además de llevar a cabo entrevistas focalizadas con el personal de salud responsable de la capacitación. La tercera etapa del estudio es el trabajo de procesamiento y análisis de la información cualitativa recuperada.

La estructura de este protocolo contiene, en su primer capítulo, el Marco Referencial al que se suscribe el estudio; en él se introduce a la Teoría del Interaccionismo Simbólico como marco teórico del análisis y se desarrollan brevemente conceptos de la comunicación intercultural, tomados como ejes del estudio: interacción, comunicación, negociación intercultural, barreras comunicacionales, representaciones simbólicas y cultura. También se relacionan antecedentes empíricos que han estudiado la forma como el personal y los usuarios de los servicios de salud experimentan el intercambio comunicacional entre sí.

En el segundo capítulo del trabajo, Planteamiento del Problema, se desarrolla la justificación de este estudio con base en dos elementos: la magnitud y trascendencia de la morbilidad y mortalidad infantiles en poblaciones indígenas; así como el papel que la comunicación educativa tiene en planes, programas y prácticas de los servicios preventivos y de atención de la salud en México. Además, presenta la pregunta central de investigación y preguntas temáticas que permiten profundizar en el estudio.

El tercer capítulo es breve y contiene exclusivamente el Objetivo de la Investigación, que como se ha señalado es comprender los significados que construyen el personal de salud y las madres de familia indígenas, alrededor del proceso comunicativo que se desarrolla durante las acciones grupales de capacitación en salud.

En el cuarto y último capítulo del protocolo se desarrolla el Diseño Metodológico del estudio, detallando las características del tipo de estudio, sus fases y la forma como se realizará el muestreo cualitativo; también se describen los ejes y las categorías conceptuales a utilizar durante el análisis de la información. Más adelante se incluye la descripción de técnicas e instrumentos a utilizar en el estudio, mismas que se complementan con los protocolos y las guías de entrevista integradas en los anexos. Un apartado relevante de este capítulo es la presentación detallada del método para el procesamiento de la información y del modelo para el análisis cualitativo.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Argumentación Teórica

1.1.1 La comunicación y el Interaccionismo Simbólico

El Interaccionismo Simbólico es una corriente teórica que plantea que las personas se comunican entre sí a partir de los símbolos: el lenguaje verbal y el no verbal. Esto implica que en la base de la construcción social está una permanente comunicación e interacción entre personas, a través de la cual se van construyendo el sentido de las situaciones de la vida cotidiana.

Durante las interacciones comunicativas las personas reflejan lo que conocen de los otros, lo que esperan y lo que creen que los demás esperan de ellos. En este sentido, las sociedades construyen significados compartidos que posteriormente influyen en la realidad social.³ En las sociedades multiculturales este proceso es fundamental, pues participa de la construcción de la identidad propia y la del "otro", así como de la disposición de las personas para el intercambio y la negociación de significados.

George H. Mead^o estudia la comunicación como forma de interacción entre los individuos; ésta, a su vez, juega

³ Las ideas de George H. Mead y otros teóricos como Charles H. Cooley y William I. Thomas fueron bautizadas años después por Herbert Blumer como Interaccionismo Simbólico.

un papel mediador de significaciones. Mead analiza la forma cómo es significado por las personas el acto social, ya sea de forma consciente o no.

El lenguaje es fundamental en el fenómeno social, pues a través de éste, el sujeto mantiene relación con su grupo social y construye la cultura. El lenguaje verbal y el no verbal son expresiones de la vida psíquica, del imaginario y de las costumbres de las personas. Las cosas que ellas dicen no son sólo palabras, son la apropiación de la realidad del grupo. Por tanto, es posible investigar y analizar la naturaleza social del lenguaje así como la naturaleza simbólica de la sociedad. Mead planteaba que a diferencia de la realidad natural, la realidad simbólica es transformada y puede ser destruida por la misma sociedad que antes la creó.⁴

El Interaccionismo Simbólico plantea tres premisas:⁵

- Las personas actúan ante las cosas según el significado que tienen para ellos; ese significado es internalizado mediante una comunicación reflexiva, en que la persona se dice a sí misma lo que significan las cosas para ella.^b
- Los significados de las cosas se construyen en la interacción social.
- Cuando la persona entra en contacto con las cosas, el significado que tenía de ellas es usado, verificado, reagrupado o transformado a través de un proceso interpretativo.

Tanto Mead como Blumer se centraron en los procesos mediante los cuales las personas negocian los significados que asignan a los fenómenos sociales.

1.1.2 Interacción médico-paciente, comunicación intercultural y negociación de significados

En el ámbito de la salud, la relación médico-paciente es una relación de dos; cuando se habla de la salud pública, esa relación se vuelve colectiva, es decir, involucra a grupos; esto último lleva inmersa, además, la afirmación de la salud como una construcción sociocultural.⁶

^b Esta especie de conversación interior es llamada por Blumer "intersubjetividad". Cuando la persona dice cosas para sí mismo, esas cosas que dice hablan de él tanto como hablan del objeto.

La comunicación interpersonal es el intercambio de mensajes cara a cara e involucra a actores con distintos orígenes e historias, a veces con códigos y lenguajes diferentes, que juegan roles y que funcionan como emisores y receptores alternativamente; en el caso que nos atañe, pueden ser médico-paciente o médico-familia. Incluye lo verbal y lo no verbal: posturas, gestos, distancia física, movimientos corporales, contacto visual, vestimenta.⁶

Pinto señala que la enfermedad es más que una condición física u orgánica; es una representación social cargada de significados sociales: cómo es entendida y sobrellevada por el enfermo; qué implica el padecimiento en la vida familiar; cómo se simboliza; cómo se explica su origen. Ante estas cuestiones, hay diferencias entre la perspectiva médico-asistencial y la cultural, las cuales generan ruido en la comunicación (disonancia comunicacional) y definen calidad y resultados de la relación.⁶

En los últimos años, la comunicación interpersonal y las diferencias que se generan en el encuentro entre las personas han sido profundizadas desde la perspectiva de la comunicación intercultural. Según Sarbaugh, citado por Asunción-Lande, la comunicación entre las personas se dificulta cuanto más heterogéneas son entre sí. Algo semejante plantea Gudykunst al explicar que en la comunicación intercultural se da el mismo proceso que en toda comunicación interpersonal en que se intercambian simbolismos; sólo que cuando los participantes pertenecen a culturas diferentes se vuelve una "comunicación con extraños", con un grado mayor de incertidumbre ante el diálogo.⁷

El resultado del encuentro intercultural estará influido por el conocimiento que cada persona tenga de los antecedentes de su interlocutor, la forma como perciban esas diferencias entre ellos y la motivación que sientan hacia el resultado del diálogo. En todo caso se trata de una experiencia compartida y no de un acto aislado, en que se requiere que los participantes identifiquen, además de sus diferencias culturales, sus semejanzas.⁷

Asunción-Lande anota que "la comunicación es el proceso de transmitir mensajes y compartir significados por medio de símbolos", incluyendo en la transmisión del mensaje los procesos de selección, organización e interpretación de símbolos, todos ellos determinados por la cultura y la experiencia individual. Además, implica la retroalimentación como el medio para asegurar la correcta interpretación del mensaje.⁷

Berlin y Fowkes, citados por Alarcón, Vidal y Neira, afirman que el proceso de la comunicación intercultural se logra a través de cinco elementos: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar. En la comunicación intercultural en salud existen barreras lingüísticas importantes (gramaticales, simbólicas y semánticas), pero su efecto se minimiza a través de dos estrategias específicas:⁸

- El personal de salud conoce la cultura médica de la población y está dispuesto al diálogo con ella.
- El personal de salud comprende y respeta el modelo de salud-enfermedad del paciente y aprovecha los elementos culturales que sean útiles para la recuperación del enfermo. Es una validación genuina de la cultura de la población y una negociación cultural respetuosa.

Como se mencionó, el encuentro entre los modelos médico y local puede desencadenar en conflicto; entonces, la negociación intercultural inicia con la identificación de las áreas de conflicto y las áreas de coincidencia; después, busca en ambas los significados que son semejantes o que llevan a un consenso y termina con un acuerdo entre las partes respecto de lo que hay que cambiar o hacer para sanar. A decir de Kleinman, citado por Alarcón, Vidal y Neira, la eficacia del tratamiento se logra cuando “éste se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo”, de manera que se compromete a seguirlo.⁸

Troyano y Carrasco describen tres tipos de conductas comunicativas que se configuran al momento de negociar y resolver conflictos:⁹

- **Pasiva:** Estilo de comunicación que utiliza una persona insegura, que se somete a los deseos de otros; quien se comunica así no pregunta, habla poco y utiliza monosílabos; su postura es distante y evade el contacto físico, gesticula poco con las manos y su rostro se mantiene serio, con la mirada hacia abajo; el tono de voz es bajo, usa muletillas, habla titubeante y de forma entrecortada.
- **Agresiva:** Estilo de comunicación unidireccional; la persona habla sin escuchar al interlocutor, manipula o domina la comunicación, utiliza su poder para lograr sus objetivos; su postura es intimidante, gesticula con las manos, su expresión facial es tensa, no sonríe y mira fijamente a los ojos; habla de forma imperativa, crítica, indica u ordena, pregunta intensamente y se toma

mucho tiempo para hablar, sin pausas ni silencios; su voz es enfática y muestra fluidez verbal.

- **Asertiva:** Estilo de comunicación efectivo; la persona que se comunica con este estilo se adapta a cada contexto y se comporta de forma íntegra, comprensiva, madura, racional y en control de las situaciones difíciles; habla en primera persona, plantea preguntas que involucren a los demás en la solución de los problemas; su expresión facial es relajada, sonriente, mira a los ojos y usa un volumen de voz y velocidad adecuados.

Miquel Rodrigo aborda la comunicación intercultural satisfactoria para ambos interlocutores, entendiendo la competencia intercultural como una habilidad para negociar significados y actuar comunicativamente de forma eficaz. Siguiendo los argumentos de Umberto Eco al respecto de la interpretación del discurso desde el mismo universo de significados en que fue emitido o el uso libre del discurso más allá de su significado original, Rodrigo plantea que cuando se estudia la comunicación intercultural es necesario tener en cuenta que la interpretación se hace desde un universo distinto al del origen del discurso; es decir, quien interpreta un mensaje de otra cultura o en otro idioma, lo interpreta desde sus propios referentes, desde lo que comprende o no de esa cultura y ese discurso.¹⁰

La competencia intercultural posee elementos cognitivos y emotivos. En el primer caso, dado que la comunicación es una construcción de sentidos, se requiere conocer los significados que tienen las cosas para la otra cultura, tanto como ser consciente de los significados y las características de la cultura propia. También se debe ser capaz de usar otras categorías para interpretar las cosas y, especialmente, se requiere una habilidad metacomunicativa; es decir, ser capaz de explicar lo que se quiere decir. Todo esto disminuirá la incertidumbre ante la comunicación y sus posibles resultados, favoreciendo que las personas no asuman un papel etnocéntrico y evitando que usen estereotipos para explicar las conductas de los otros.^{7,10}

Respecto del elemento emotivo de la competencia intercultural, las personas deben ser capaces de involucrar en su interacción las emociones positivas, manejar la ansiedad y ser tolerante ante la ambigüedad que se genera en el encuentro intercultural; requiere sentir empáticamente, es decir, comprender el sentir de la otra persona, pero usando los referentes culturales de aquel, no los propios. Este elemento emotivo implica motivación e

interés en la otra cultura, deseo de conocer y de aprender sobre la forma como ellos interpretan la realidad.¹⁰

Las variables culturales señaladas como capaces de generar problemas en la comunicación interpersonal son:⁷

- **Idioma:** Las personas perciben, nombran e interpretan según su idioma; es decir, las palabras adquieren connotaciones particulares, significan cosas diferentes según el idioma en que se están expresando.
- **Códigos no verbales:** Influyen en la comunicación intercultural, ya que cada cultura los significa y utiliza de manera específica; se utilizan para comunicar sentimientos, actitudes o preferencias, para reforzar o contradecir el mensaje verbal, o para mostrar al interlocutor que se le entiende. Son más fáciles de malinterpretar.
- **Concepción del mundo:** El concepto que una persona o grupo social tiene del mundo es una representación interna, construida y organizada socialmente; en ella están implícitos valores, creencias y actitudes significativas para esa cultura. Sarbaugh, citado por Asunción-Lande, describe tres dimensiones de la concepción del mundo: el propósito de la vida, la naturaleza de la vida y la relación del hombre con el cosmos. Las personas perciben la información e interpretan los hechos a través de estas representaciones.
- **Rol que se desempeña en las relaciones sociales:** Cada cultura crea y mantiene un orden social a partir de asignar roles a los individuos, según su edad, sexo, parentesco, situación social, poder, riqueza o conocimiento que poseen.
- **Patrones de pensamiento:** Son esquemas mentales que reflejan la forma como las personas organizan sus experiencias, impresiones e ideas sobre las cosas de la vida cotidiana; en estos patrones queda registrado el origen del conocimiento, así como las distorsiones con que la persona percibe los mensajes de la comunicación.

1.1.3 Modelos de comunicación en salud y su epistemología del aprendizaje

La comunicación en salud es, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud,

mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud y promover estilos de vida".

Con una visión similar, los Centros para Control y Prevención de Enfermedades, de Estados Unidos, la definen como "la realización y entrega de mensajes y estrategias, basadas en investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y comunidades". En una conceptualización menos instrumental, Don Nutbeam (citado por la OPS, 2001) la concibe como el proceso a través del cual se desarrollan conocimientos, comprensión y habilidades "que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud".¹¹

Varios son los autores e investigadores^{12,13} que coinciden en que la comunicación en salud se ha desarrollado desde dos enfoques:

- **Como medio para informar, convencer y persuadir masivamente a la población sobre ciertas conductas saludables.** Centra su interés en la oportunidad, credibilidad y validez de la información que se proporciona, así como en los medios y lenguajes a través de los cuales se transmite. A este enfoque corresponde el mercadeo social.
- **Como proceso social, dirigido al desarrollo de conocimientos, actitudes y prácticas de salud favorables.** Enfoque que ha puesto a la comunicación como eje de los procesos de organización, participación y cambio social; se trata de una comunicación grupal, popular, liberadora; estimula la participación individual y colectiva con el propósito de construir entornos saludables.

Frente al enfoque tradicional de la comunicación social o mercadotecnia social, algunos investigadores (Piñuel y Galván, 1995; Arredondo, 2001; Gumucio, 2002 y Pereira, 2003, citados por Calvo) proponen recuperar el carácter educativo que deben tener los programas de salud a través de una comunicación participativa, que favorezca el intercambio social.¹⁴

El propósito de la comunicación horizontal, dialógica y comunitaria es generar espacios de intercambio y negociación de sentidos entre los agentes sociales implicados, lo que permitirá fortalecer la capacidad de las comunidades en el cuidado de su salud.

La creación de espacios de comunicación e intercambio dentro de los programas de salud permitirá desarrollar competencias comunicativas no sólo en los prestadores del servicio de salud, sino en los destinatarios de los programas, lo que será un elemento importante para su autogestión posterior.¹⁵ Gumucio enfatiza que se trata de una comunicación centrada en el hombre, pero no en sus comportamientos individuales, sino en las normas sociales y culturales que explican su quehacer.¹⁶

Según Calvo, esta comunicación participativa se desarrolla fundamentalmente mediante:¹⁴

- Actividades de comunicación educativa.
- Uso de medios alternativos o populares.
- Creación de redes o tejidos sociales entre instituciones y grupos sociales.
- Recuperación de las prácticas socioculturales de las comunidades que dan pie a estrategias de comunicación en salud, coherentes con sus propias necesidades y expectativas.
- Predominio de lo local, lo micro y lo cotidiano en la comunicación de las poblaciones, frente a los medios masivos de comunicación y la mercadotecnia social.
- Generación de espacios de debate, intercambio de experiencias y construcción de consensos, en torno a los temas que sobre su salud les interesan a los individuos.

El precursor de la corriente de comunicación participativa y para la educación fue Paulo Freire, quien asignó a la comunicación un papel fundamental dentro de su pedagogía para la conciencia. Según él, los medios de comunicación deben ser un instrumento cultural fundamental para devolverles la palabra, la voz, a quienes les ha sido negada por un modelo vertical de educación dominante, donde no existe el diálogo sino el antidiálogo, lo que no permite que el hombre desarrolle la conciencia y comprensión de su existencia, de la de otros hombres y del propio mundo. En tanto esta conciencia no exista, no se da pie al cambio, a la movilización y a la transformación de las condiciones de vida del hombre.¹⁷

Freire describió a la comunicación para la libertad, como una comunicación no alienante, en que no hay emisores y receptores pasivos, sino interlocutores en un diálogo multicultural, esto es, un proceso horizontal entre sujetos sociales históricos, educador y educando, quienes al mismo tiempo son educando y educador. Para Freire sólo el diálogo comunica, mientras que el antidiálogo únicamente emite comunicados; es decir, el que se

asume como sabio o experto deposita en los educandos información que memorizan, pero ésta poco o nada dice de ellos, pues no es su palabra, no es su experiencia. Esto es lo que el educador brasileño llamó la concepción bancaria de la educación.¹⁸

El modelo masivo de comunicación fue analizado por Freire y señalado como alienante, en tanto representaba la extensión o difusión del modelo hegemónico. Según Freire, el propósito de los modelos extensionistas es persuadir, extender comunicados e invadir culturalmente a una población seleccionada. La persuasión no concilia con la educación, pues impone un contenido de propaganda, no problematiza y menos comunica.¹⁸

La corriente sociocultural de la educación, impulsada por autores como Vigotsky, Bruner y Coll, planteó que el aprendizaje es producto de una actividad de construcción colectiva, por lo que está fuertemente determinado por las interacciones significativas y la comunicación con los otros, los compañeros y los educadores. Lo que se aprende en grupo son los saberes de la propia cultura; primero se aprenden en la relación con los otros y después se interiorizan, con ayuda del andamiaje^c cultural que ofrecen los más avanzados del grupo.

En las situaciones de aprendizaje colectivo, cada sujeto parte de marcos de referencia personales, pero a partir de los intercambios comunicativos y la negociación de significados, se construyen marcos de referencia colectivos y propios de su cultura.¹⁹ Gracias a la competencia comunicativa se conceptualizan los aprendizajes, pero esos conceptos provienen del discurso cultural y del intercambio con el grupo; lo que el individuo apropia son significados culturales.²⁰

1.2 Argumentación Empírica

Tradicionalmente, las instituciones de salud y aquellos que dictan las políticas y diseñan las campañas sanitarias han considerado que la suficiencia de información es el medio para que las poblaciones desarrollen hábitos de vida saludables, asumiendo con ello que las prácticas de los individuos son resultado directo de sus ideas y

c Se entiende por andamiaje el apoyo psicosocial que los sujetos expertos ofrecen a los aprendices; con el ejemplo, el acompañamiento y la explicación, el experto va acercando al aprendiz al objeto de conocimiento; le provee de una especie de estructura de relaciones y símbolos que le permiten al novato ejercitarse con mayor seguridad y compromiso al objeto; el experto se irá retirando conforme el otro vaya haciendo suyo el proceso de aprendizaje.

conocimientos al respecto: explicación mecanicista del comportamiento y el aprendizaje.

Este planteamiento carece de la consideración de todos aquellos factores socioculturales, estructurales y psicológicos que interactúan en las decisiones y las acciones de los individuos y los grupos sociales. Al respecto, diversos investigadores con perspectivas antropológicas y sociológicas han profundizado en los procesos de comunicación educativa que se conforman entre la población y el personal de salud, así como en los factores que intervienen en las prácticas de cuidado de la salud en el hogar.

1.2.1 Significados de las mujeres en torno a la salud, la enfermedad y el cuidado de los hijos

En el 2007, a partir de los resultados de una investigación cualitativa sobre prácticas y discursos en torno a la alimentación en la población de Andalucía, España, Martín Criado analiza el origen de la "discordancia" entre las prácticas efectivas y las representaciones que madres de familia de clases populares tienen sobre la salud y la alimentación de sus hijos.²¹

Actualmente se presenta un fenómeno complejo de incorporación del discurso médico a los conceptos que sobre la salud y la alimentación posee la población, especialmente las madres de familia. Su mayor escolaridad y su frecuente asistencia a los servicios de salud –congruentes con la cultura escolarizada hegemónica– ha propiciado que aquellas utilicen en mayor medida los términos médicos y legitimen el saber del profesional de la salud, aun sobre los saberes tradicionalmente transmitidos por la propia familia.

Por otro lado, esas mismas mujeres deben resolver el dilema de integrar esos saberes, muchas veces ideales y normativos, a una práctica familiar que les representa otros significados y otras demandas, lo que las lleva a hacer adecuaciones conceptuales sobre lo que son la salud y la alimentación sana.²¹

Esta apropiación de conocimientos médicos no está exenta de imprecisiones y lagunas, pues suelen adquirirse de forma fragmentada, tanto por la forma en que son transmitidos (parcializados), como por los procesos psicológicos de quien aprende: cada nuevo conocimiento es reinterpretado por la persona, según sus experiencias y referentes. Este conocimiento será asimilado si encuentra saberes anteriores congruentes;

pero si resulta contrario a saberes anteriores, generará una distorsión que lleva a modificarlo o rechazarlo, por no ser funcional para la persona.

Diversos factores influyen en el alejamiento del significado original de la recomendación médica, tales como la influencia que tiene el marido o la suegra en las decisiones sobre el cuidado familiar, el valor que la propia madre y su entorno social asigne a ciertas tareas domésticas –sean o no favorables para la salud del menor– y la disposición económica para cumplir con la recomendación.²¹

Entre los resultados más destacados del estudio está la influencia del concepto de "buena madre" dentro de las acciones y decisiones de ésta, al momento de cuidar de su familia. Según Martín Criado, "los discursos sobre lo sano y lo malsano no son simplemente una cuestión de información; también son categorías morales, que jerarquizan a los sujetos –y especialmente a las madres– en *buenos* y *malos*". La gente no es receptora pasiva de la información: actúa estratégicamente ante ella, modulando, mediando, reinterpretando el discurso médico según sus esquemas, para así ubicarlos en el lugar que no les genere conflicto con su familia. Este tipo de consideraciones deben tomarse en cuenta para hacer más efectiva la interacción médico-paciente y con ello contribuir a las acciones preventivas.²¹

En el 2003 y 2004, Escalante y otros realizaron un estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico, sobre los factores socioculturales que facilitan u obstaculizan el consumo del complemento alimenticio proporcionado por el Programa Oportunidades para niños de seis a 59 meses de edad de dos comunidades indígenas de Chiapas y dos rurales de Veracruz. A partir de 44 entrevistas semiestructuradas y 25 grupos focales con madres beneficiarias e informantes clave (médicos, enfermeras), los autores señalan que existen "incongruencias culturales y sociales entre las recomendaciones del programa y las prácticas y preferencias de la población objetivo". Las madres tienen alta credibilidad en las recomendaciones médicas, pero las creencias y costumbres alimenticias de la población funcionan como barreras para el consumo del suplemento alimenticio. Estas prácticas sociales arraigadas indican a la población no sólo lo que deben comer, sino cómo lo deben comer, cómo distribuir la comida entre la familia y qué valores están asociados a ello.²²

Si las costumbres de las madres respecto de la alimentación infantil son la principal barrera para seguir las recomendaciones de consumo del suplemento

alimenticio, los programas nutricionales deben incorporar el saber de las madres al conocimiento médico. Para ello, se requiere sensibilizar al personal de salud para que respete las características multiculturales de la población; además de mejorar las condiciones en que se difunden las recomendaciones a la población, organizando las pláticas en grupos pequeños, en espacios adecuados y atenuando las barreras del lenguaje (traductores previamente capacitados para manejar de forma efectiva la información y uso de una terminología menos técnica).²²

Profundizando en la comprensión de los procesos de cuidado de la salud en el hogar, por parte de las madres de familia, González estudio las competencias sociales y culturales que mujeres de una colonia de Xochitepec, Morelos, desarrollan para resolver los problemas de salud de su familia. Con un diseño de investigación-acción, métodos de etnografía en profundidad y un análisis fenomenológico de la vida cotidiana, la investigadora realizó un taller de salud que funciona como grupo focal y donde ella fue la educadora, además de introducirse al espacio doméstico donde se realizaron las estrategias de atención, mediante visitas domiciliarias.

Este estudio es relevante porque delinea los ejes a través de los cuales las personas organizan sus recursos para resolver sus problemas de salud: a) sus condiciones materiales, económicas y geográficas de vida; b) su acceso e incorporación a los bienes sociales e instituciones públicas de bienestar y c) sus competencias sociales y culturales.²³

Las redes sociales cercanas (familia, amigos, vecinos) constituyen un sólido andamiaje entre las mujeres, que permite el intercambio de conocimientos, recursos y medidas para la resolución de los problemas de salud y para la prevención de las enfermedades. Este conjunto de relaciones sociales significativas representa un importante capital social^d para familias que no cuentan con seguridad social.²³

Con relación al análisis de la interacción social y de la comunicación en el taller de salud, el conocimiento está

distribuido diferencialmente según las generaciones de las mujeres, existiendo una capacidad socializadora del mismo: aquellas mujeres con mayores experiencias prestan apoyo y consejo a quienes inician su ciclo reproductivo. Predomina en el grupo una estructura endogámica, con fuertes vínculos horizontales, es decir se trata de lazos entre personas del mismo estrato social, económico o cultural. Las redes sociales y la interacción femenina que se da tanto en el grupo, como en la coresidencia familiar o comunal, fortalecen las representaciones que las mujeres tienen sobre la salud y las medidas de cuidado, así como contribuyen a reproducir las prácticas y apoyan en la solución de los problemas.²³

Respecto de los saberes individuales de las mujeres, el conocimiento es empírico, se transmite oralmente, en una relación cara a cara, es reproducido en su contexto familiar y guarda fuertes referencias a su cultura. Las nuevas generaciones llegan a mostrar resistencia y cuestionan la legitimización de conocimientos y prácticas de las anteriores, producto de estar apropiando el capital cultural existente en la actualidad.

Sólo una parte de las experiencias que estas mujeres han tenido con sus hijos son retenidas en la memoria ("sedimentadas"), convirtiéndose en esquemas probados a los que se puede volver para resolver problemas semejantes. Se trata de algo más que un acervo de conocimientos, constituyen el soporte para la autonomía de criterio que les permite tomar decisiones y actuar ante los problemas.²³

1.2.2 Significados de la interacción con la población, por parte del personal de salud

Pocos estudios han analizado lo que sucede en la relación del personal de salud con la población, desde la perspectiva de los primeros. En el ámbito de la atención a los menores de cinco años, se ha estudiado la perspectiva de las madres de familia, pues se asume que las fallas en el manejo casero del niño enfermo son producto de la diferencia entre el conocimiento médico y las creencias de las madres.

En 1998, Corral-Terrazas y otros realizaron un estudio de antropología cognitiva para identificar creencias y conocimientos que un grupo de médicos de un Hospital Rural del IMSS-Solidaridad poseía sobre el manejo de la alimentación en los casos de diarrea aguda en los menores de cinco años. Los resultados indicaron la necesidad de conocer y comprender creencias y conocimientos de los médicos, ya que de la forma como

^d El capital social ha sido descrito por diversos autores como Bourdieu, Coleman y Putnam, como el conjunto de recursos que un grupo social posee (relaciones informales de confianza y cooperación entre familia, vecinos, amigos; valores, normas y estructuras de organización). Es un factor que favorece la cohesión social y la competencia comunitaria, por lo que ha sido abordado en el marco de la promoción de la salud. Fuente: Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):139-49.

sean transmitidos dependerán las decisiones de la madre acerca del cuidado del menor.²⁴

Las conductas y las prácticas del personal de salud son influidas por las representaciones socioculturales que tienen sobre el problema de salud y la población que atienden; esto es entendible dado que médicos y enfermeras comparten las construcciones sociales de los grupos sociales a los que pertenecen.²⁵ Cuando los médicos asumen que su tarea orientadora ante el paciente consiste en transmitir información, dar orientaciones, indicar, mostrar, enseñar, la práctica está cargada de ideologías, significados y carencias formativas respecto de la interacción con el paciente.²⁶

En el mismo sentido, Duro realizó en Madrid, España, un estudio cualitativo para conocer el discurso que el personal de salud tiene sobre las prácticas grupales que realizan como parte de la educación para la salud. El diseño del estudio se basó en grupos de discusión y entrevistas abiertas con personal de salud de las áreas de atención primaria.²⁷

Se identificó que el personal de salud de atención primaria consideró el trabajo en grupo como "lo que se hace si queda tiempo", una actividad marginal y secundaria frente a la atención individual en la consulta diaria; sin embargo, el mismo personal reconoció que el trabajo de educación para la salud a través de los grupos permitiría disminuir la demanda de consulta, el ahorro de tiempo y la prevención de las enfermedades. En algunos casos, se le consideró un dispositivo "terapéutico" que permite promocionar el autocuidado en la población. Hay disenso en la consideración de la utilidad de estas actividades, realizándolas en muchos casos por obligación, porque forma parte del paquete de servicios de salud.²⁷

La resistencia de los médicos a trabajar con los grupos proviene de un conflicto de valores y representaciones sociales: ellos fueron formados dentro de un modelo hegemónico que concibe la salud-enfermedad como un asunto individual, microsocioal, que se atiende en privado, en una relación de dos: médico-paciente.

El enfoque de promoción de la salud impulsa el trabajo en grupos como un medio para fomentar la participación, la comunicación interpersonal y la solidaridad entre las redes sociales; corresponde a un modelo en que la salud-enfermedad es un asunto social, que requiere de la participación activa de todos, especialmente el paciente y su entorno social. Este nuevo enfoque de

trabajo relativiza el poder del médico ante la atención de los problemas de salud y le demanda una participación activa en el empoderamiento de la población, situación para la cual el sistema de salud no lo ha preparado.²⁷

1.2.3 El trabajo grupal y la comunicación intercultural en salud

Según Alcántara y otros son escasos los estudios que evalúan las intervenciones educativas en el ámbito de la salud, desde la perspectiva de las personas. En el 2004, estos investigadores reportaron cómo experimentan personas con enfermedad crónica su participación en grupos de autoayuda; entre los resultados de este estudio multicéntrico se menciona que las personas enfermas que participan en acciones educativas grupales perciben mayores efectos positivos en su salud y su bienestar general, que quienes sólo acuden a atención individual. Se mencionan como beneficios del grupo: sentimiento de satisfacción por la interacción con otras personas, sentido de identidad con el grupo, generación de proyectos conjuntos, confianza para exponer sus dudas y sentimiento de mayor autoestima.

Pese a lo anterior, se refiere que la estrategia educativa más común de estos grupos es la "plática", en la cual se recibe información y recomendaciones, en algunas ocasiones contrarias a sus costumbres. Los autores puntualizan que el trabajo en grupo es la mejor estrategia para la educación en salud, en tanto integre conocimientos, participación, interacción y discusión de las propias vivencias o de casos especiales.²⁸

De forma similar, en 1997, García, Suárez y Mateo-de-Acosta, reportaron los beneficios que en aprendizajes individuales y cambios en las conductas saludables de pacientes diabéticos tuvo la puesta en marcha en Cuba de un modelo de educación para la salud basado en una estrategia de comunicación participativa e interactiva.

El modelo consistía en grupos de discusión sobre temas de interés para los pacientes y establecía un sentido distinto a la comunicación médico-paciente: se pasaba de la comunicación unidireccional en que se enseña, se informa y se dice lo que se "debe" hacer, a otra en que se privilegiaba el diálogo, la reflexión, la capacidad para decidir, cooperar y construir mensajes de salud propios.

Después de un estudio de casos y controles con esta estrategia, los investigadores concluyeron que el modelo generó mayor cumplimiento del tratamiento, disminución

del uso de insulina e hipoglucemiantes orales, reducción del sobrepeso y disminución de los ingresos hospitalarios. La capacidad de comunicación entre el médico y el paciente determinó el grado de aprovechamiento de los mensajes de salud transmitidos a los pacientes diabéticos.²⁹

Prieto, Moreno-Angarita y Cardozo-Vásquez estudiaron los beneficios de llevar a cabo modelos de comunicación en salud orientados al desarrollo de habilidades personales para la comunicación y la construcción compartida de mensajes sobre salud. Con una metodología que incluía la producción participativa de los objetos de comunicación, la elaboración de mensajes y su transmisión en diversos medios así como la democratización del trabajo en torno al tema de interés, se logró mayor apropiación y recordación de mensajes en salud, además de favorecer la capacidad organizativa de la comunidad, el involucramiento y vínculo de diferentes actores sociales, la construcción de conocimientos y herramientas que pueden transferirse a otros ámbitos de la vida social, asegurándose la sostenibilidad del proyecto y recuperándose la importancia de la comunicación en el ámbito personal, familiar y comunitario.¹³

En los siguientes años, numerosas experiencias de educación para la salud con talleres grupales de carácter participativo se han desarrollado en América Latina.³⁰ Algunos de estos proyectos han combinado el trabajo dialógico de los grupos con estrategias de comunicación masiva;³¹ documentándose los resultados positivos en la adquisición y el sostenimiento de conductas saludables, la mejoría en las relaciones con el personal de salud y el enriquecimiento de las prácticas educativas.

En el 2003, Alarcón y Vidal realizaron un estudio cualitativo para explorar las dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil, desde la perspectiva de las madres de familia que asisten a los centros de salud de la región de la Araucanía, Chile. A partir de entrevistas en profundidad a 94 madres (60% indígenas mapuches) y siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada, surgieron tres dimensiones culturales en el proceso de atención infantil: 1) modelos explicativos de enfermedad asociados a factores culturales, político-económicos y ambientales; 2) itinerario terapéutico que combina recursos de los sistemas indígena, popular y biomédico; y 3) falta de competencia cultural del sistema de salud para proporcionar a la población atención acorde a sus características.³²

Al analizar el discurso de las madres, a partir de estas tres dimensiones teóricas, se identificaron categorías analíticas que resultaron relevantes para este proyecto de tesis, especialmente aquellas que se desarrollaron en torno a la dimensión de competencia cultural del sistema de salud:³²

- Barreras de lenguaje entre madres y personal de salud: las madres no comprenden el lenguaje técnico biomédico y el personal de salud no comparte el mismo idioma que la población.
- Falta de reconocimiento de la cultura sanitaria de la familia: las madres perciben que el personal de salud descalifica sus creencias, por lo que tienden a ocultar sus ideas sobre la enfermedad infantil y sobre los medicamentos, llegando a incumplir las recomendaciones del médico.
- Diferentes expectativas de la relación médico-paciente: mientras las madres esperan que en la consulta puedan hablar de la enfermedad, del cuidado del niño y comprender el problema, el médico no tiene tiempo para ello, ni siquiera para examinar al niño con detalle.

Este estudio corrobora los planteamientos de la Antropología Médica acerca de la brecha entre el personal de salud y los pacientes, producto de modelos etiológicos distintos sobre la enfermedad; además, profundiza en el análisis de las barreras lingüísticas y sociales entre aquellos. La población no percibe como culturalmente pertinente la atención médica; perciben la relación con el personal de salud como fría, distante y sin diálogo, lo que representa un importante desafío de tipo comunicacional. Sugieren generar un proceso de comunicación cultural que incluya "escuchar con atención, explicar, reconocer el modelo cultural del paciente, recomendar más que indicar, y negociar explicaciones y tratamientos terapéuticos".³²

Alonso y Kraftchenko realizaron en Cuba un estudio descriptivo sobre la formación que el alumno de medicina recibe en torno a las habilidades para desarrollar la comunicación con el paciente, desde la perspectiva de estudiantes y profesores. El estudio refiere que la comunicación médico-paciente está prevista en planes y programas de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas: los profesores la consideran importante aunque poco la abordan en sus reuniones académicas y los estudiantes no perciben en el modelo de sus maestros

una comunicación afectiva, que favorezca la confianza con sus pacientes, la empatía, el trato amable y el interés por los problemas de la persona que atienden. También refieren desconocer los elementos que caracterizan una comunicación afectiva, pues se les enseña a comunicarse con los pacientes sólo en sentido informativo.³³

Con base en lo anterior, las autoras consideran que la enseñanza de la comunicación se centra en la función informativa, y en menor medida en las funciones afectiva y reguladora.⁹ Pese a que el proceso docente asume la competencia comunicativa como de gran valor, ésta no se ejerce en la práctica, lo que lleva a una inconsistencia entre el deber ser y el hacer respecto de la comunicación.³³

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Justificación del estudio

En 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló la importancia de la comunicación en la ejecución de las políticas y programas de promoción de la salud; dos años después, en la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa estableció que los medios de comunicación son actores claves para esta promoción. Las siguientes conferencias internacionales de promoción de la salud confirmaron el papel que la comunicación tiene en la información y formación de las poblaciones, respecto del cuidado de su salud.³⁴

En México la comunicación en salud ha sido considerada prioritariamente como una herramienta informativa para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, funcionando siempre bajo los esquemas de la comunicación y el mercadeo social. Incluso, sólo recientemente se han suscrito iniciativas de organizarla, planearla y conducirla bajo programas y estrategias nacionales que fortalezcan las acciones que en este sentido se desarrollan en el país.

A principios del actual sexenio, la Secretaría de Salud impulsó el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), que tiene entre sus cuatro componentes

e Haley describió en 1966 las tres funciones básicas que cumple la comunicación: función informativa, que consiste en ofrecer y recibir información, actitudes o conductas a quien escucha u observa; función afectiva, que es el intercambio de emociones, afectos y estados de ánimo entre los participantes de la comunicación y función reguladora, según la cual mediante la comunicación se establecen interacciones de poder entre los participantes. Estas interacciones son simétricas (de igualdad) o complementarias (dominio de uno sobre otro).

sustantivos el “desarrollo de capacidad y competencia en salud”, a través del cual se promueve la transmisión de conocimientos hacia la población y se pretende fomentar valores, actitudes y aptitudes hacia el autocuidado, todo esto mediante actividades de educación para la salud y de materiales para la comunicación educativa, como son trípticos, carteles, periódicos, videos y murales.³⁵

Si bien la comunicación y la educación para la salud están presentes en las políticas internacionales y nacionales, su puesta en marcha, evaluación y retroalimentación no son prácticas cotidianas dentro de los servicios de salud; no se ha estudiado el impacto que sobre los patrones de pensamiento de las madres de familia y sobre sus prácticas de cuidado están teniendo los procesos de capacitación en salud, ni la forma como ellas reciben, interpretan, integran o modifican la información que sobre salud y enfermedad de los niños les comunican el personal de salud. En el centro del proceso de capacitación en salud está un proceso comunicativo intercultural –modelo médico/modelo local de la salud y la enfermedad– que requiere ser comprendido, para con ello generar reflexiones y sugerencias que permitan a los servicios de salud ser más eficaces en su orientación, asegurando la perdurabilidad del conocimiento y la práctica de cuidado de la salud.

2.2 Magnitud de la morbilidad y la mortalidad infantiles

México ha avanzado significativamente en la disminución de la mortalidad infantil (uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio), pero un análisis detallado del problema permite identificar que estos avances no son homogéneos en toda la población del país. Para 2005, la tasa de mortalidad infantil nacional se estimó en 18.8 defunciones por 1000 nacidos vivos, sin embargo la variación de este indicador según el Índice de Desarrollo Humano (IDH)^f de los municipios, es significativo: de 15.8 en los 50 municipios con mayor IDH del país, a 32.5 en los municipios con menor IDH.³⁶ El principal reto es disminuir la

f El Índice de Desarrollo Humano es un indicador compuesto que resume los resultados de tres dimensiones básicas para la vida: la salud, la educación y el acceso a recursos básicos que las personas requieren para desarrollar sus capacidades y participar en la vida de la comunidad; se compone de los índices de salud, educación e ingreso. La salud se evalúa mediante la esperanza de vida al nacer; la educación mediante indicadores de alfabetización y matrícula escolar; y el acceso a recursos básicos mediante el ingreso promedio de las personas. Se considera como bajo índice el menor a 0.5000; medio-bajo índice el que va de 0.500 a 0.649; medio-alto índice el que oscila entre 0.650 y 0.799; y alto índice el mayor a 0.800.

mortalidad infantil en las zonas más vulnerables del país, que generalmente se trata de poblaciones indígenas.

Otro reto es lograr mayores avances en la prevención de la mortalidad neonatal; en el 2007, quince de cada 1000 niños nacían muertos. La mortalidad general en niños menores de cinco años también ha descendido, pero los índices de muertes por enfermedades respiratorias (31 de cada 100,000 niños) y diarreicas (20 de cada 100,000 niños) se han mantenido semejantes a los de años anteriores.³⁶

En Veracruz, en el 2003, la tasa de mortalidad infantil fue de 16.7 por cada 1000 nacidos vivos; 56 por ciento ocurrió por afecciones originadas en el periodo perinatal y 24 por ciento, malformaciones congénitas. En el mismo año, la mortalidad preescolar en el Estado fue de 9.3 por cada 1000 habitantes de ese grupo de edad; de las cuales 21 por ciento fueron por infecciones intestinales, 17 por ciento accidentes y 16 por ciento malformaciones congénitas. Estos datos coinciden con los indicadores nacionales, lo que refleja la necesidad de seguir trabajando en la orientación de las poblaciones sobre estas enfermedades, especialmente en aquellos municipios de mayor rezago social, como los indígenas.³⁷

El estado cuenta con 58 municipios considerados indígenas, esto es que entre 40 y 100 por ciento de su población se identifica como hablante de una lengua indígena. Entre ellos, son de particular interés aquellos quince⁹ que en el 2005 fueron considerados por la Secretaría de Desarrollo Social como entre los primeros 100 del país con más bajo IDH. Problemas de salud como la mortalidad materna, la mortalidad infantil o el analfabetismo y la baja escolaridad, se presentan de forma más acentuada en estos municipios de menor desarrollo humano.³⁸

La morbilidad y la mortalidad infantiles, especialmente en zonas indígenas de bajo IDH, no son ajenas al problema de la comunicación intercultural entre el personal de salud y la población; de hecho, es previsible la discordancia entre la información médica transmitida y los patrones de pensamiento y las normas locales, sobre todo si los modelos de comunicación del personal de salud no incluyen estrategias de negociación de

significados y reconocimiento de las prácticas de cuidado tradicionales.

Se focalizó el presente estudio en la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, por ser responsable de la prestación de los servicios de salud en nueve de estos quince municipios. Algunos presentan elevadas tasas de mortalidad infantil. (Ver Tabla 1.)

Tabla 1. Tasa de mortalidad infantil en los municipios con más bajo Índice de Desarrollo Humano de la Jurisdicción Sanitaria VII, 2002.

Municipios	Índice de Desarrollo Humano	Lugar en el IDH nacional	Tasa de mortalidad infantil
Tehuipango	0.4045	3	60.25
Mixtla de Altamirano	0.4184	4	57.95
Astacinga	0.5022	23	50.41
Atlahuilco	0.5147	33	46.20
Soledad Atzompa	0.5354	55	47.54
Los Reyes	0.5407	68	45.69
Tlaquilpa	0.5434	69	39.56
Xoxocotla	0.5523	80	46.58
Tequila	0.5610	99	48.79

Fuente: Base de datos de los 100 municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano, publicado por el Instituto Nacional de Desarrollo Social, en su página electrónica: <http://www.indesol.gob.mx/docs/>

+ La tasa de mortalidad infantil del 2002 en estos municipios fue mayor que la registrada a nivel estatal para ese mismo año (21.8 defunciones por cada 1000 nacidos vivos) y que la nacional (de 18.1 por cada 1000 nacidos vivos).

Se tiene identificado que la mayoría de las muertes infantiles se deben a complicaciones del parto y a enfermedades que son evitables mediante intervenciones médicas de bajo costo durante las etapas prenatales, el parto y el primer año de vida, así como por actividades educativas con los padres y cuidados médicos ambulatorios.

2.3 Pregunta de investigación

A partir del problema descrito anteriormente, se planteó como pregunta central de investigación:

- ¿Qué significados construyen el personal de salud y las madres de familia indígenas, alrededor de su proceso comunicativo durante las acciones grupales de capacitación en salud?

La pregunta está formulada desde el nivel del discurso social; busca aproximarse a los significados que los

g Esos municipios son: Ilamatlán, Texcatepec, Zontecomatlán de López y Fuentes, Filomeno Mata, Mecatlán, Astacinga, Atlahuilco, Mixtla de Altamirano, Los Reyes, Soledad Atzompa, Tehuipango, Tequila, Tlaquilpa, Xoxocotla y Sotepapan.

individuos y los grupos construyen alrededor de sus vivencias; por ello, se decidió abordarla a través de métodos que permitieran recuperar el discurso de las personas y profundizar en la trascendencia que esas experiencias tienen en su vida personal y colectiva.³⁹

De forma complementaria, se plantean otras interrogantes que profundizan en los significados sociales de la comunicación entre personal de salud y población. Estas preguntas enfocan el objeto de estudio desde la perspectiva de las madres de familia y del personal de salud:

Desde las madres de familia:

- ¿Cómo incorporan las madres de familia de poblaciones indígenas la información que reciben sobre la protección de la salud infantil, a sus prácticas de cuidado en el hogar?

Desde el personal de salud:

- ¿Cuáles son las barreras comunicacionales que identifican las mujeres indígenas cuando participan en acciones de capacitación del Centro de Salud de la localidad?
- ¿Cómo incorpora el personal de salud a su práctica comunicativa las variables culturales propias de la población que atiende, tales como idioma, concepción del mundo o patrones de pensamiento?

Desde el grupo:

- ¿Qué tipo de estrategias comunicativas ponen en juego el personal de salud para negociar con las mujeres indígenas conocimientos y significados relacionados con la protección de la salud infantil?
- ¿Cómo se desarrolla el proceso comunicativo entre el personal de salud y las mujeres indígenas durante las acciones de capacitación en salud?
- ¿Qué modelos explicativos sobre la enseñanza y el aprendizaje están representados en la práctica comunicativa de los profesionales de la salud?

Al igual que la pregunta central del estudio, todas las preguntas complementarias se refieren a una realidad social sólo posible de conocer desde la expresión de los implicados, por lo que se abordaron con técnicas de investigación que favorecen el habla de los actores sociales y que permiten la interacción del investigador con ellos.

2.3.1 Respuesta esperada

Según Williams, Unrau y Grinell (citados por Hernández, Fernández y Baptista, 2006), por tener un método de búsqueda inductivo, las "hipótesis" cualitativas sólo se enuncian como proposiciones de carácter emergente, flexible y contextual, que se adaptarán a los datos que se vayan obteniendo, así como a los incidentes que se presenten durante la investigación. En muy pocas ocasiones, estas proposiciones se plantean antes de ingresar al campo en estudio; por el contrario, van surgiendo durante la investigación y se van modificando en tanto más se conoce del objeto de estudio.⁴⁰

Estas proposiciones o "supuestos", como los llama De Souza Minayo, no tienen un carácter comprobatorio; es decir, no se visualizan con el propósito de confrontar con ellos la realidad en estudio, sino como ejes de análisis para acercarse al objeto de estudio. Esta autora afirma que si se formula una pregunta es porque se tiene una *idea* de su posible respuesta, pero ésta queda implícita en lo que hasta el momento se sabe de la realidad social en estudio.⁴¹ En acuerdo con esta autora, las nociones que impulsan esta investigación han quedado plasmadas en el Marco Referencial presentado, así como en los ejes y categorías de análisis que más adelante se señalan, sin llegar a configurarse en hipótesis ni respuestas anticipadas.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general^h

- Comprender los significados que construyen el personal de salud y las madres de familia indígenas, alrededor del proceso comunicativo que se desarrolla durante las acciones grupales de capacitación en salud, con el propósito de plantear recomendaciones al personal de los Servicios de Salud para fortalecer el proceso de educación y comunicación en salud con la población.

^h Para algunos autores, los estudios que responden a una perspectiva y a una metodología cualitativa no consideran objetivos específicos, ya que la naturaleza de su indagación es flexible y dinámica; es decir, sus pasos metodológicos varían en el transcurso de la investigación. Por tanto, se considera que el objetivo general refleja el cuestionamiento esencial de la investigación y, sobre todo, señala el punto de partida de un proceso inductivo, del cual no se sabe hasta dónde llegará. Fuente: Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2006: 524-525.

4. METODOLOGÍA

4.1 Paradigma de investigación

El campo de la comunicación en salud y, más específicamente, el campo de la educación para la salud refieren a un objeto de estudio complejo y holístico, como todo aquel que conlleva ideas, conductas, experiencias y apreciaciones de los individuos. Para desentrañar su complejidad se requieren identificar las múltiples relaciones e interconexiones que se construyen entre los diferentes actores sociales involucrados en el hecho social, así como reconocer los patrones sociales que llevan a los sujetos a significar, simbolizar e interpretar las cosas de determinada manera.

Lo anterior ubica al objeto de estudio de esta investigación dentro del paradigma hermenéuticoⁱ o interpretativo, ya que éste se orienta hacia los fenómenos o los sucesos. Busca mediante el proceso inductivo y el lenguaje verbal recuperar las representaciones sociales que los diferentes actores tienen sobre un hecho, con la finalidad de comprender la trascendencia de estos significados en su vida individual y colectiva.⁴²

Para confirmar que este estudio se configura dentro del paradigma interpretativo, se muestra en la siguiente tabla la respuesta a preguntas básicas que, según Karam y Visoso,^j se deben considerar al abordar un problema de investigación:⁴³

Tabla 2. Preguntas para ubicar el paradigma de una investigación.

Pregunta	Nivel de la pregunta	Respuestas según este estudio
¿Cuál es la naturaleza de la realidad/objeto de estudio y qué podemos conocer de ella?	Nivel ontológico de la pregunta	La pregunta de este estudio busca los significados que el personal de salud y la población atendida construyen en torno a su interacción y comunicación. Se trata de un objeto de estudio subjetivo, social e interpersonal. Se reconoce que cada actor social puede tener una perspectiva distinta del proceso comunicativo.
¿Cuál es la naturaleza de la relación entre el investigador y el objeto de estudio? ¿Cuál es el criterio de verdad del conocimiento?	Nivel epistemológico de la pregunta	El investigador de este estudio asume que el conocimiento sobre el tema de estudio se construye en interacción con el objeto, dado que se trata de un objeto de naturaleza simbólica, surgido de las interacciones y del propio contexto. El investigador se rige por un criterio de verdad que acepta la complejidad de la realidad social: no hay una sola realidad social ni un solo método para acercarse a ella.
¿Cómo puede el investigador conocer su objeto de estudio? ¿Qué métodos se utilizarán para conocerlo?	Nivel metodológico de la pregunta	A través de un método flexible, dinámico y que vaya emergiendo, conforme se avance en el proceso de investigación y, sobre todo, que le permita recuperar la experiencia y las interpretaciones de las personas. Las técnicas son etnográficas y favorecen el discurso de las personas, su participación y su interacción con el investigador.

Fuente: Elaboración propia, siguiendo los cuestionamientos de Karam y Visoso (2006).

4.2 Tipo de estudio

Se trata de un estudio cualitativo de tipo interpretativo por la naturaleza social del objeto de estudio, el nivel comprensivo de la pregunta, la búsqueda de los significados que para las personas tiene la interacción comunicativa, así como el reconocimiento de la influencia que el contexto, la cultura y la pertenencia a un grupo étnico tienen sobre nuestras formas de concebir los hechos sociales. Tal como lo señala Mercado (2007), la investigación cualitativa en el campo de la salud se centra en las experiencias y voces de quienes padecen las enfermedades, de quienes están relacionados con los enfermos o de quienes usan y prestan los servicios de salud.⁴⁴

ⁱ Gadamer ubica la postura hermenéutica en el ámbito de la comunicación "intrahumana": aquel diálogo no sólo de palabras, sino de ideas, posturas, culturas, sentidos. La hermenéutica es la interpretación comprensiva de los sentidos que tiene el texto; esta comprensión significa entender, no coincidir; y entender implica legitimar la experiencia del otro. Fuente: Gadamer HG. *Verdad y método I*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1977: 697p. Gadamer HG. *El giro hermenéutico*. Madrid: Ediciones Cátedra; 1998:238.

^j Estas preguntas son recuperadas de los planteamientos de Guba y Lincoln (2000) y Denzin y Lincoln (2000).

Un estudio interpretativo es aquel que busca explicar el significado que ciertas acciones, fenómenos o cosas tienen para las personas involucradas. La interpretación es un nivel de análisis más profundo que la descripción de los fenómenos o de las experiencias de los sujetos. La diferencia entre estos dos tipos de estudio, según Strauss y Corbin (citados por Mercado, 2007), radica en el momento del análisis de la información; mientras la descripción trabaja los datos sólo organizándolos por temas, la interpretación exige un proceso más complejo en que los datos se agrupan por categorías conceptuales que tienen detrás el sustento de una teoría, además de que en el análisis se buscan las relaciones entre estas categorías y su vinculación con el contexto de los grupos sociales en estudio.⁴⁴

4.3 Diseño del estudio

Se trata de un diseño etnográfico centrado en grupos particulares y experiencias específicas (las madres de familia indígenas y el personal de salud). Utiliza técnicas de carácter etnográfico para estudiar patrones culturales y formas de interacción (Creswell, 1998; Patton, 2002; citados por Hernández, Fernández y Baptista).⁴⁰ El diseño se caracteriza por tres fases o momentos generales,^k mismos que se desglosan en actividades específicas. (Ver Tabla 3.)

- I. Fase previa al estudio:** Periodo de análisis documental para identificar las comunidades que participarán en el estudio.
- II. Fase de estudio de campo:** Periodo de inmersión en las comunidades para la generación de la información.
- III. Fase de análisis de la información:** Periodo para el procesamiento y análisis de la información antes obtenida. Incluye una posible vuelta al campo para la búsqueda de vacíos en la información. Concluye con la integración del reporte final del estudio.

Tabla 3. Descripción de las fases y actividades del diseño metodológico del estudio.

Fases de la investigación	Actividades
Previa al estudio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis documental de las fuentes de información oficiales sobre la morbi-mortalidad infantil, en los municipios indígenas con bajo Índice de Desarrollo Humano de la Jurisdicción Sanitaria VII-Orizaba. 2. Selección de las comunidades que participaron en el estudio: <ul style="list-style-type: none"> • 2 comunidades con alta morbi-mortalidad infantil • 2 comunidades con baja morbi-mortalidad infantil
Estudio de campo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera visita a las cuatro comunidades seleccionadas para realizar una observación del contexto comunitario (servicios básicos e institucionales, recursos humanos y materiales) y para establecer el primer contacto con los potenciales participantes y programar fechas para las siguientes actividades. 2. Segundo periodo de visita a las cuatro comunidades seleccionadas para el acercamiento al objeto de estudio, a través de la observación de las acciones de capacitación. Se registró la dinámica del trabajo educativo y los estilos de comunicación entre el grupo. 3. Tercer periodo de visita a las cuatro comunidades seleccionadas, para realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Grupos focales con las madres participantes en las acciones de capacitación para explorar sus experiencias comunicativas y de aprendizaje durante estas acciones de capacitación. • Entrevistas focalizadas con el personal de salud responsable de las acciones de capacitación a las madres para explorar sus experiencias y significaciones sobre su proceso de comunicación con las madres de familia.

^k El diseño de los estudios cualitativos se caracteriza por ser dinámico, dialéctico y no lineal, esto es, que si bien se plantea un diseño al inicio de la investigación, éste puede ser modificado conforme transcurre la investigación. Sin embargo, se identifican tres momentos en el diseño metodológico: planeación preliminar e inserción al campo; transcurso del estudio; así como procesamiento, análisis y divulgación de los resultados. Fuente: Mercado F, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Revista Universidad de Guadalajara. Invierno 1999-2000; 17 Dossier.

Análisis de la información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procesamiento y codificación de los datos cualitativos, así como primer análisis de la información (análisis intra-casos e inter-casos). 2. Vuelta al campo para profundizar en la información, llenar vacíos en los datos, confirmar o profundizar categorías de análisis. Significa realizar nuevas observaciones o entrevistas focalizadas, con informantes clave. 3. Integración del análisis final de la información (diagnóstico de morbi-mortalidad infantil y resultados cualitativos sobre los procesos comunicativos durante las acciones de capacitación).
----------------------------	--

Fuente: Elaboración propia.

También se presenta la calendarización de las fases y actividades del estudio. Además, el diseño inicial del estudio considera la definición de los tipos sociales a investigar, las características y el número aproximado de los participantes por cada tipo social, así como el número de eventos de exploración que se desarrollaron. Cabe insistir en que es posible que el número de participantes o de eventos varíen en el transcurso del estudio. En los apartados siguientes se detallan estos elementos del diseño.

4.4 Tipo de muestreo cualitativo

Se acudió a un muestreo intencional, decidido al comienzo del estudio. Durante la primera fase del estudio se determinó como muestra inicial las comunidades participantes por responder a características relacionadas con la problemática. Intencionalmente se contactó al personal de salud y a las madres de familia que participaban en las acciones de capacitación en salud.⁴⁵

El muestreo cualitativo no busca representatividad numérica sino identificar individuos o grupos sociales más relevantes para el objeto de estudio; es decir, aquellos que poseen atributos o que dicen cosas significativas del problema, para profundizar en sus características y experiencias.⁴¹ Mercado llama tipos sociales a estos individuos o grupos sociales que se identifican en el muestreo cualitativo; pueden ser tipos de población (rurales, urbanas, indígenas); tipo de actor social (enfermo, médico, enfermera) y nivel de servicio médico (primer, segundo, tercer nivel).⁴⁶

4.4.1 Tipos sociales relacionados con el objeto de estudio

Se entiende por tipo social la categoría que identifica a un grupo de individuos (ejemplo: "amas de casa", "adolescentes", "migrantes"). Estos individuos son reconocidos como miembros de esta categoría por una serie de atributos en común, de manera que se asume que cualquiera que pertenezca al grupo puede ser representante del mismo. Cada tipo social implica una relación social que el investigador considera relevante o significativa en el marco del objeto de estudio. Además, cada tipo social está representado por informantes (también llamados unidades de análisis) que cumplen los atributos establecidos para cada tipo social.⁴⁷

Los tipos sociales de esta investigación se identifican en dos niveles:

- I. Localidades indígenas con bajo índice de desarrollo humano y alta morbi-mortalidad infantil, donde se investigaron los significados que sobre la interacción comunicativa construyen el personal de salud y las madres de familia.
- II. Actores sociales involucrados en la comunicación: El personal de salud que participa en la capacitación y las madres de familia.

Respecto de las localidades, se trabajó con poblaciones indígenas con bajo Índice de Desarrollo Humano y alta morbi-mortalidad infantil de la región centro del estado de Veracruz, asumiendo como un supuesto que la comunicación entre personal de salud y población en estos lugares posee una riqueza simbólica útil para el estudio, por las barreras lingüísticas y las diferencias culturales evidentes. Se seleccionaron por muestreo intencional tras el análisis de la morbilidad y la mortalidad infantiles en los municipios indígenas de interés; se eligieron dos localidades con alta morbi-mortalidad infantil y dos con baja morbi-mortalidad infantil,¹ convirtiéndose en casos-tipo del fenómeno en estudio.

Los atributos que debieron cumplir estas localidades fueron:

- Pertener a un municipio con bajo Índice de Desarrollo Humano, dentro de la Jurisdicción Sanitaria VII-Orizaba.
- Presencia de un Centro de Salud de SESVER.
- Población indígena participante en las acciones de capacitación del Centro de Salud.
- Alta morbi-mortalidad infantil.
- Relativa accesibilidad a la localidad vía transporte público.

Respecto de los actores sociales, por la naturaleza del problema en estudio, se decidió incluir en la muestra al personal de salud que participaba directamente en las acciones de capacitación grupal de las localidades seleccionadas: médicos, enfermeras, promotores y auxiliares de salud, así como las madres de familia que acudían a las reuniones.

Las características que se atendieron en el momento de incluir a los participantes en cada técnica se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 4. Características de los participantes en las técnicas del estudio.

Entrevista focalizada	Grupo focal
<ul style="list-style-type: none"> • Ser personal de salud de la comunidad seleccionada (médico, enfermera, promotor, odontólogo o auxiliar de salud). • Haberse responsabilizado de las reuniones de capacitación en la localidad, durante el periodo de estudio o en los seis meses previos al mismo. • Disposición a participar en la entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser habitante de las localidades seleccionadas. • Ser responsable del cuidado y la crianza de un menor de cinco años. • Haber participado en las reuniones de capacitación en salud organizadas por el Centro de Salud, durante el periodo de estudio o en los seis meses previos al mismo. • Disposición a participar en la actividad.

Fuente: Elaboración propia.

Con relación al número de participantes, Mertens (citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2007) señala que en las investigaciones cualitativas no se establece "a priori" el número de casos o participantes de la muestra, sólo se prevé un número aproximado, tomando en cuenta:⁴⁰

- Posibilidades operativas y recursos disponibles para recolectar la información.
- Número suficiente de participantes para entender el fenómeno y responder a las preguntas de investigación, hasta llegar a la saturación de la información y de las categorías.
- La propia naturaleza del fenómeno en estudio, es decir qué tan frecuente o accesible es.

¹ Se seleccionaron según las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad neonatal; así como la incidencia de morbilidad por infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y desnutrición. Dos comunidades debieron tener indicadores de morbi-mortalidad altos y dos comunidades indicadores bajos. Se decidió incluir en la muestra este tipo de comunidades para poder hacer un análisis diferenciado de la información, buscar coincidencias y divergencias entre los casos y, con ello, profundizar en la comprensión de las categorías conceptuales en estudio.

En la Tabla 5 se presenta esta información, así como un número preliminar de eventos y participantes en cada caso.

Tabla 5. Detalle de la muestra según técnicas a utilizar.

Muestra			Técnicas a utilizar	Número de eventos
Tipos sociales	Unidades de análisis*	Número de participantes		
Personal de salud responsable de las acciones de capacitación en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos • Enfermeras • Promotores de salud • Auxiliares de salud 	Entre 8 y 10 participantes (de 2 a 3 personas por localidad)	Entrevista focalizada	Entre 8 y 10 entrevistas (de 2 a 3 por localidad)
Madres de familia indígenas con niños menores de cinco años	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres indígenas con hijos menores de cinco años • Adultos responsables de niños menores de cinco años 	Entre 6 y 8 participantes por grupo (de 24 a 32 participantes en total)	Grupo focal	4 grupos focales (1 por localidad)

Fuente: Elaboración propia.

+ Se prevén varias unidades de análisis posibles por cada tipo social, considerando el tipo de personal que realiza acciones de capacitación en salud en las localidades y la variedad de adultos que se hacen responsables del cuidado de los menores y que acuden a las acciones de capacitación del Centro de Salud.

4.5 Ejes de análisis y categorías conceptuales en estudio

4.5.1 Categorías conceptuales previas al estudio de campo

La metodología cualitativa consiste, básicamente, en proceso de organizar, reducir y dar sentido a una gran cantidad de información de tipo discursivo (Patton, 1990, citado por Garay y otros);⁴⁸ para encontrar los sentidos de esa información se utilizan pautas o ejes de análisis, entendidos como amplios constructos teóricos que dan cuenta de las dimensiones, expresiones y relaciones del problema. A partir de estos ejes de análisis se desarrollan, previas al estudio de campo, algunas categorías analíticas que profundizan más en la explicación teórica del fenómeno social.⁴¹

Con base en las preguntas de investigación y en un primer acercamiento a la teoría relacionada con el objeto de estudio, se identificaron los principales ejes y categorías de análisis del estudio, necesarias en el diseño de los instrumentos de obtención de información y en la codificación de los datos.

Eje de análisis: Interacción comunicativa

Categorías:

- Formas de comunicación
- Competencia intercultural
- Negociación de significados
- Barreras de comunicación

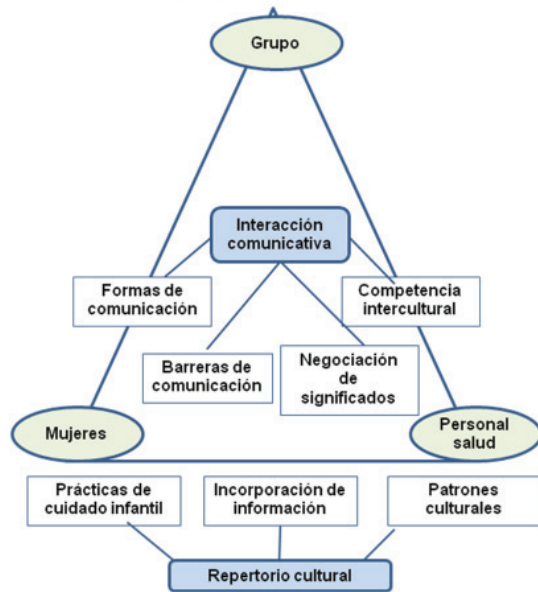
Eje de análisis: Repertorio cultural

Categorías:

- Patrones culturales
- Prácticas de cuidado infantil
- Incorporación de información

Durante el proceso de análisis de la información estas categorías conceptuales se fueron relacionando, ejemplificando y delimitando según lo permitió el discurso de los actores sociales. Como primera aproximación, en la Figura 1 se muestra cómo se visualiza la interconexión de actores sociales, ejes y categorías de análisis en torno al problema.

Figura 1. Ejes y categorías de análisis.



Fuente: Elaboración propia.

En este ejercicio de “leer” la realidad usando ciertos referentes conceptuales, las categorías previamente descritas dieron pie a la identificación de subcategorías empíricas que muestren las formas cómo las personas y los grupos conciben, simbolizan e interpretan el problema en estudio.^m

^m Estas categorías empíricas equivalen a lo que Taylor y Bogdan llamaron subconceptos: temas o ideas generales que surgen de la propia realidad, de la duda del investigador o del vocabulario de los informantes. Los subconceptos se conforman por temas o proposiciones menores, que describen las diferentes dimensiones que toma, en la práctica, ese gran tema de estudio.

4.6 Técnicas e instrumentos para la obtención de la información

4.6.1 Técnicas para la obtención de la información

Se utilizaron técnicas de carácter cualitativo que permiten a los participantes expresar sus experiencias y representaciones respecto del objeto de estudio. Dado que se asumió que el problema sólo se conoce a partir de la expresión de los sujetos y en la interrelación con ellos, técnicas como la entrevista focalizada, el grupo focal y la observación participante fueron las adecuadas por permitir al investigador estar con la gente, escuchar su discurso y hasta semidirigir la búsqueda de los significados, en función del objetivo y las preguntas de la investigación.ⁿ

Como estrategia de aproximación sucesiva al campo, el diseño del estudio consideró iniciar con la observación participante en las reuniones de capacitación de los Centros de Salud; posteriormente, habiendo identificado a las madres de familia con mayor riqueza discursiva se realizaron los grupos focales y, por otro lado, las entrevistas focalizadas con el personal de salud.

a) Observación participante

La observación participante se utilizó como técnica para la triangulación de la información obtenida en las entrevistas y los grupos focales. Se trata de una técnica etnográfica mediante la cual se busca un acercamiento o proximidad a la experiencia de las personas participantes en el hecho social investigado.

Es de vital importancia la elección del espacio de observación, así como el acceso a la situación o las personas de interés, para lo cual se requiere la introducción de un padrino, además de la capacidad del investigador para establecer una relación de confianza que facilite a los participantes comportarse de la forma más natural posible, aun cuando sean conscientes de la presencia del extraño.⁴⁹

Después del acceso al sitio, siguió la etapa de recopilación de datos y registro de la información, tanto de lo observado como de las ideas, preguntas y reflexiones del investigador.

ⁿ Para la realización de estas técnicas y la generación de la información, se contó con el apoyo de personal bilingüe de los servicios de salud, personal capacitado de la comunidad o estudiantes de la sede de Tequila de la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI).

Raymond Gold en 1958 (citado por Kawulich, 2005) describió cuatro perspectivas entre las que el investigador asume una al momento de la observación y se desarrollan en un "continuum" que va de la total a la nula participación. En este estudio se asumió un papel de "observador como participante", es decir estando presente en el sitio del grupo, en su actividad, pero sin asumirse como miembro del mismo. En esta postura se participa como una forma de estar más cerca de la situación en estudio, pero se da prioridad a la observación.⁵⁰

En la Figura 2 se muestra una representación de estas posturas ante la observación, señalando en qué medida el grupo conoce el rol de investigador, así como el nivel de participación que éste tiene en la actividad del grupo.

Figura 2. Perspectivas del investigador durante la observación.



Fuente: Elaboración propia, a partir de la ideas de Raymond Gold (citado por Kawulich, 2005).

b) Grupo focal^o

Se trata de una reunión de entre seis y diez personas que forman un grupo, armado ex profeso para el objeto de estudio, aunque en alguna medida provienen de un grupo social. Algunos autores señalan las diferencias entre grupo focal y grupo de discusión partiendo de si los participantes se conocen o no, o si comparten atributos o representan a grupos sociales diferentes; pero lo que fue relevante para este estudio es que a partir de ellos se obtuvieron valores, apreciaciones, esquemas sociales y experiencias del grupo social estudiado.⁵¹

^o Respecto de la técnica, hay variedad de definiciones según los autores y su perspectiva teórica; Jesús Ibáñez describió el grupo de discusión; Krueger describió el grupo focal y Mucchielli la entrevista en grupo.

Álvarez Gayou señala que pese al carácter colectivo del grupo focal, los participantes hablan en grupo pero a título personal; sin embargo, el hecho de estar presente allí y hablando ante los demás permite que el propio discurso –que no deja de ser social– circule y se retroalimente por los otros. Aun conservando el carácter individual de la expresión, al hablar frente a los demás se establece una forma de reflexión colectiva, que favorece que los participantes se reconozcan a sí mismos en la experiencia. El papel del moderador es fundamental para el desarrollo de la actividad, pues facilita la palabra, modera las participaciones, profundiza e introduce temas.⁵ Por ello se presenta el protocolo de la técnica, detallando las preguntas de estudio que se espera responder con ellas, el objetivo que cumplen, el procedimiento que se siguió, así como las fortalezas y debilidades de la técnica.

c) Entrevista focalizada^p

La entrevista focalizada se caracteriza porque:⁵²

- Los entrevistados han sido expuestos a una situación particular; en este caso la experiencia de haber participado o estar participando en las reuniones de capacitación en salud.
- Los investigadores han estudiado esa situación con anticipación, por lo que el guion temático surge de la teoría, aunque sólo para conservar la recuperación del discurso en el marco de los objetivos del estudio.
- Está centrada en las experiencias subjetivas de los participantes; en este caso, los significados sociales que los actores sociales construyen alrededor de su proceso de comunicación y de la información que sobre la salud de los niños allí comparten.

Merton y Kendal (citados por Valles, 1997) señalan que para que la entrevista sea productiva se debe procurar que las respuestas sean espontáneas, no se induzcan o dirijan. Por el contrario, el papel del entrevistador es indagar lo que experimentó la persona (amplitud); animarlo para que al responder no divague o generalice (especificidad); que exprese sus creencias, ideas y ofrezca datos relevantes de sus experiencias y significados emocionales (profundidad y contexto personal).⁵² Las

^p La entrevista focalizada o "focused interview" fue llamada así por Robert Merton en 1946. Se distingue de la entrevista en profundidad porque en la primera el entrevistador se ha preparado ampliamente sobre la temática de la entrevista, mientras en la de profundidad no se conoce lo que el entrevistador expresará. La entrevista focalizada tiene un enfoque semidirigido y entrevista en profundidad es más libre.

entrevistas focalizadas permiten confirmar observaciones previas, además de validar categorías conceptuales elaboradas durante el estudio y los temas emergentes.

4.7 Instrumentos para la obtención de la información

4.7.1 Diseño de instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en las técnicas cualitativas se diseñaron ex profeso; la validez y confiabilidad de estructura y contenido se evaluaron en una prueba o piloteo descrito más adelante. Cabe precisar que se diseñaron tomando en cuenta ejes y categorías de análisis del estudio, además de seguir ejemplos y orientaciones que autores como Francisco Mercado y Roberto Castro presentan en torno al desarrollo de guías temáticas para entrevistas individuales y grupos focales.^{53,54}

a) Guía de observación de acciones de capacitación

Se trata de un formato semiestructurado de dos hojas, con espacios para registrar los datos generales de la actividad, las condiciones del lugar donde se realiza la observación, las condiciones de la actividad, la dinámica comunicacional de la actividad y las notas metodológicas del observador. Estos apartados se definieron a partir de una primera revisión conceptual del objeto de estudio.

b) Guía temática para la entrevista focalizada

Se trata de una guía cuyos ejes temáticos se construyeron a partir de un primer acercamiento conceptual del fenómeno de estudio; consta de dos ejes de análisis y cinco categorías conceptuales sobre las cuales se dialogó con el grupo. Las categorías a indagar fueron:

- Formas de comunicación
- Competencia intercultural
- Barreras de comunicación
- Patrones culturales
- Incorporación de información

c) Guía temática para el grupo focal

Se trata de una guía semiestructurada con dos ejes de análisis y cuatro categorías conceptuales, mismas que se siguen de manera flexible al momento de desarrollar el grupo focal. Los tópicos a indagar son:

- Incorporación de información
- Prácticas de cuidado infantil
- Formas de comunicación
- Barreras de comunicación

4.7.2 Plan de validación de instrumentos

La guía temática de la entrevista focalizada fue probada en una primera ocasión al aplicarse en seis entrevistas con personal médico de Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria V-Xalapa, de noviembre a diciembre del 2008. A partir de este primer ejercicio de validación se hicieron ajustes de forma (se incluyeron más datos de identificación) y de fondo (se reorientaron los tópicos abordados y se reelaboró la forma de "cuestionar" al entrevistado, generando oraciones detonadoras menos directas y más generales).

Del 02 al 06 de marzo del 2009, durante la fase previa al estudio, fueron piloteados estos instrumentos con personas y grupos con características similares a las comunidades y los tipos sociales de interés, dentro del área de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria VII-Orizaba. Durante la prueba piloto se valoró la fluidez en la estructura y el orden de los tópicos, la capacidad de las guías temáticas para generar discurso y el tiempo aproximado en que se desarrollan. También se registraron las dificultades para su utilización, de manera que posteriormente se realizaron los ajustes necesarios.

Tabla 6. Plan para la validación de los instrumentos.

Instrumento	Número de eventos	Participantes	Lugar en que se piloteó (Municipio)	Recursos necesarios
Guía temática para el grupo focal	1	6 madres de familia	Localidad de Mariano Escobedo o Tequila	Grabadora reportera Diario de campo
Guía temática para la entrevista focalizada	1	1 (médico o enfermera)	Localidad de Mariano Escobedo o Tequila	Grabadora reportera Diario de campo

Fuente: Elaboración propia

+ Se seleccionó la localidad, con el apoyo del personal de la Jurisdicción Sanitaria VII-Orizaba.

4.8 Criterios que aseguran el rigor metodológico del estudio

La investigación cualitativa ha construido criterios que evalúan el rigor metodológico con que se realiza y, por tanto, la calidad del dato cualitativo. En la Tabla 7 se describen esos criterios, mismos que fueron atendidos en este estudio, así como los medios para asegurarlos.⁵⁵

Tabla 7. Criterios de rigor de la investigación cualitativa.

Criterio	Significado	Medios para asegurarlo
Credibilidad	Las personas que participaron en el estudio reconocen como reales, auténticos o verdaderos los hallazgos; es decir que reflejan lo que ellos piensan, sienten y opinan.	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de registro y obtención de la información suficientes y de buena calidad. • Utilizar otros métodos de recolección de información (triangulación de fuentes y de técnicas). • Habilidades del investigador: escucha activa y empatía con los informantes. • Realizar transcripciones textuales. • Volver a los informantes para confirmar que las transcripciones reflejan fielmente lo que dijeron o aclarar dudas en ellas. • Tomar notas de campo, registrando todos los incidentes metodológicos. • Discutir con otro colega la participación que el investigador tuvo en el proceso de recolección de datos, para identificar las formas en que pudo influir; también discutir sus interpretaciones de los hallazgos.
Auditabilidad o confirmabilidad	El investigador asegura la neutralidad del análisis de la información y de su interpretación al registrar cómo mantuvo la reflexividad durante el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro metodológico y de análisis detallado, a partir de las notas metodológicas y las de análisis. • Describir las características de los informantes, el proceso de selección, las condiciones del contexto, a fin de que otro investigador interesado en el tema pueda "seguirle la pista" y, al realizar un nuevo estudio con un procedimiento similar, llegue a hallazgos similares.
Transferibilidad o aplicabilidad	Es la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos con atributos similares.	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar a detalle y describir en el reporte del estudio las características de los participantes, su proceso de selección, el contexto sociocultural, para que el lector del reporte valore si esos hallazgos se aplican a su contexto, dadas las similitudes.

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información de Castillo y Vázquez (2003).

Además de estos tres criterios propuestos por Guba y Lincoln, en el 2002 Morse y otros (citado por Mercado, Villaseñor y Lizardi, 2000) propusieron que en la investigación cualitativa se atiendan estrategias de verificación como:⁴²

- **Coherencia metodológica:** La congruencia entre la pregunta de investigación y los métodos para obtener información y analizarla.
- **Muestreo apropiado:** Que los participantes representen los atributos de la población o el grupo social en estudio, a fin de asegurar que la información será de calidad y que se logrará la saturación efectiva de las categorías.
- **Recolección y análisis de información concurrentes:** Que ambos procesos sean parte de un mecanismo circular, que permita la interacción entre la información que se va obteniendo y lo que falte por obtener; entre lo que se va conociendo del objeto de estudio y lo que falte por conocer.
- **Saturación de la información:** Que se asegure la búsqueda de información entre los participantes, hasta que ésta sea redundante y ya no aporte mayores matices del fenómeno.

4.9 Plan para el procesamiento y análisis de la información

4.9.1 Método para el procesamiento de la información

El procesamiento de la información cualitativa es la primera etapa del análisis; consiste en una serie de acciones de clasificación, transcripción y depuración que le dan certidumbre al manejo de la información durante el proceso de análisis. Por su importancia en el aseguramiento de la credibilidad y auditabilidad de la investigación, se abordan a detalle. Incluye:

1. **Registro escrito, gráfico o audiovisual** de todos los eventos discursivos (entrevistas, grupos focales, reuniones observadas), bajo la forma de registros de observación, fotografías, grabaciones de audio o de video, diario de campo, notas metodológicas o notas analíticas del investigador.^q

q Las notas metodológicas describen las actividades realizadas por el investigador, como parte del estudio y los cambios que se hacen en el trabajo de campo; en ellas se registran opciones metodológicas, sesgos, dificultades en la recuperación de los datos, en el manejo o en el análisis de la información. Las notas analíticas son las reflexiones del investigador durante todo el proceso del estudio sobre los conceptos, las relaciones entre ellos o las proposiciones que empiezan a surgir del análisis. Fuente: Mercado (2007).

2. **Etiquetado o identificación detallada** de cada evento discursivo, señalando con clave o código las personas involucradas (para conservar su anonimato), fecha y lugar de realización, así como tipo y número de evento.

3. **Transcripción de todos los eventos discursivos** a formato computacional de Word; de ser posible se conservó en archivo de audio o video la grabación original, independiente del archivo de texto, ambos previamente etiquetados. La transcripción de cada evento o técnica desarrollada se realizó de manera inmediata, con la finalidad de asegurar el registro de datos observados o no audiograbados fielmente. También se transcribieron las notas de campo, los registros de observación y las notas metodológicas; además de que las fotografías se imprimieron, de manera que toda la información estuvo disponible y retroalimentó el proceso de generación de más información.

4. **Organización, clasificación y resguardo** de la información transcrita; los archivos electrónicos debieron organizarse por tipo de evento y tipo de actor social, además de por tipo de localidad (aunque todas fueron indígenas con bajo desarrollo humano, dos tuvieron alta morbi-mortalidad y otras dos baja morbi-mortalidad). Esta organización facilitó las primeras lecturas de la información, así como el posterior análisis intercasos.

4.9.2 Modelo para el análisis cualitativo

El modelo de análisis que se siguió en este estudio es el denominado por De Sousa Minayo como hermenéutico-dialéctico; se trata de más que un proceso sistemático o una tecnología de análisis (como lo es el análisis de contenido), un "camino de pensamiento"; es decir, un conjunto coherente de supuestos filosóficos y metodológicos útiles para la comprensión especialmente de los procesos comunicativos entre los seres humanos.⁴¹ Recuperando los planteamientos de Habermas y Gadamer, la autora brasileña señala que el modelo de análisis hermenéutico dialéctico se caracteriza porque:

- El investigador debe tener claro el contexto de la información que analiza.
- Toda información es válida, significa algo y responde a razones; dice algo de los sujetos que la expresaron.
- Sólo se comprende el significado de la información teniendo presentes las razones del sujeto que elaboró la información.
- El investigador debe asumir un doble papel ante el texto: entenderlo y juzgarlo, al tomar una posición ante él.

- Se espera que una adecuada interpretación se comparta por el sujeto que emitió la información.
- El significado de los hechos y las palabras está cargado de una tradición cultural, así como por relaciones sociales de clase, de trabajo y de poder.

Se consideró pertinente este modelo para el estudio, pues reconoce la construcción social de las representaciones, los discursos y las formas de interacción de los grupos e individuos. Pone énfasis en el papel que la interacción entre el investigador y los sujetos tiene en la elaboración del discurso que se analiza. Reconoce el carácter histórico y contextual de los textos, al igual que de las interpretaciones y, especialmente, pugna por la comprensión como entendimiento de las razones que llevan a los actos y a los discursos; todo lo cual guarda lógica con las preguntas de investigación que buscan los significados que la interacción comunicativa tiene para cada tipo social, cómo interactúa el conocimiento médico con las variables culturales de la población (idioma, costumbres, esquemas de pensamiento, roles) o cuáles son los modelos explicativos o patrones de pensamiento del personal de salud respecto de la enseñanza y el aprendizaje, presentes en el proceso comunicativo.

Procedimiento para el análisis cualitativo

A continuación se detallan etapas y pasos del análisis cualitativo realizado en este estudio; cabe señalar que es un procedimiento híbrido, construido por Mercado en la práctica de investigación y a partir de metodologías de análisis hermenéutico, análisis etnográfico y la misma Teoría Fundada.^{41,44, 56}

Fase de codificación de la información:

- 1. Primera inmersión en el material**, primera lectura detallada de las entrevistas y demás eventos discursivos (documentos primarios). Esta lectura fue el primer acercamiento a la riqueza discursiva; se debe hacer teniendo en mente ejes y categorías de análisis.
- 2. Primera codificación**, con base en objetivos y conceptos centrales del estudio. El texto se lee detenidamente para descubrir información relevante que guarda relación con ejes y categorías de análisis; se identifican los segmentos con etiquetas o códigos que aluden a esos conceptos. En este proceso se empezaron a descubrir las categorías empíricas que no se tenían previstas, por corresponder a la riqueza discursiva y subjetiva de los actores y grupos sociales.

Es muy importante trascender la teoría y las categorías previas al momento de codificar; es decir, identificar o crear códigos desde la perspectiva de los actores sociales, más que desde la teoría.

3. Impresión del material codificado, incluidas las preguntas y memorándums del investigador. De forma manual o con la ayuda de un software especializado en el manejo de datos cualitativos, el material codificado se clasifica y agrupa de manera que cuando se emitan reportes y se imprima permita una lectura organizada.

4. Segunda lectura detallada del material impreso, para analizar los casos específicos y profundizar en conceptos determinados. Se trata de una lectura por ejes y categorías, es decir, todo aquello que haya sido identificado bajo cierto código se lee en conjunto. En este paso se ajusta o complementa la codificación, especialmente al identificar categorías empíricas que emergen del discurso; es el momento en que se identifican familias y categorías de códigos. Se requiere tener presente el objetivo y las preguntas del estudio.

Fase de análisis intra e intercaso:

- 1. Análisis vertical o intracaso** para identificar los casos paradigmáticos o más representativos de ciertas situaciones. Se trata de una lectura contextual e integral, pues no debe perderse de vista la relación que guardan entre sí las expresiones de las personas y las categorías conceptuales.
- 2. Análisis transversal o intercasos** para profundizar en los datos sobre un mismo concepto, pero desde la información de todos los participantes. Permite identificar semejanzas, diferencias, vacíos y dudas en la información.
- 3. Selección de citas textuales sobre asuntos específicos** considerando la representatividad de los segmentos, párrafos o casos; se identifican y clasifican aquellos que desarrollen o ejemplifiquen cómo las categorías conceptuales se ajustan a la realidad.

Fase de análisis interpretativo:

- 1. Elaboración de cuadros y esquemas que muestren las categorías conceptuales y empíricas del estudio**, así como las relaciones entre ellas. Estos auxiliares gráficos permitieron elaborar el guión de redacción del análisis final.

2. Descripción de los patrones de regularidad o de excepciones en la información, relacionándolos con las preguntas del estudio. Identificar y describir clases y propiedades en las categorías, relaciones entre clases, identificar tipologías, conceptos que dan unidad o sentido a la realidad. En este momento es importante identificar las categorías más saturadas de sentido, la lógica interna del discurso de los participantes. Se debe buscar hacer un ejercicio hermenéutico (comprensivo) de la información, fiel al fenómeno, a los grupos, pero sin que implique simple repetición de los datos.

3. Construcción, manual o con ayuda de un paquete informático, de una red interpretativa estructurada a partir de ejes y categorías que se configuraron durante el estudio. Esta red debe ayudar a articular los datos empíricos, con la teoría y el propio contexto del sitio o fenómeno estudiado; es el momento de hermenéutica total.

4. Redacción en extenso de los significados y relaciones de toda la información trabajada, siguiendo el guión de redacción y utilizando los referentes conceptuales y empíricos para desarrollar el proceso reflexivo final, la interpretación de la información que los actores sociales produjeron respecto del objeto de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, Partida V, García-García ML, Valdespino JL. Aumento de la sobrepeso en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. *Salud Pública Mex* 2007;49 Supl 1:S110-S125.
2. Gutiérrez G, Guiscafré H, Verver H, Valdés J, Rivas E, Loyo E, Clavery M. Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de la atención integrada que se otorga en los centros de capacitación. *Gac Méd Méx.* 2001; 137(1):21-9.
3. Rodrigo M. La comunicación intercultural. Barcelona: Anthropos Editorial; 1999. 270 p.
4. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital.* 2002 Otoño; Num 2. (Consultado 30 Ene 2009). Disponible en: <http://antalya.uab.es/athenea/num2/mora.pdf>
5. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Editorial Paidós Mexicana; 2003, 1º edición, reimpresión 2007. 222 pp.
6. Pinto VS. Comunicación y salud. *Inmediaciones de la comunicación.* Publicación de la Escuela de Comunicación de la Universidad ORT Uruguay. 2001 Dic; 3(3):121-36. (Consultado 21 Dic 2008). Disponible en: <http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf>
7. Asunción-Lande NC. Comunicación intercultural. En: Fernández Collado, Carlos y Gordon L., Dahnke La condición humana. *Ciencia Social.* Mc Graw Hill; 1993.
8. Alarcón AM, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile.* 2003 Sep; 131 (9):1061-5. (Consultado 18 Ene 2009). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>
9. Troyano Y, Carrasco JL. Las habilidades de comunicación en la resolución de conflictos grupales. VI Congreso Internacional Virtual de Educación CIVE, 6-26 de Feb de 2006. (Consultado 14 Ene 2009). Disponible en: <http://www.acosomoral.org/pdf/Las%20habilidades%20de%20comunicaci%F3n%20en%20la%20re.pdf>
10. Rodrigo M. Elementos para una comunicación intercultural. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals.* Espacios de interculturalidad. (internet)1997. Núm. 36:11-21. (Consultado 25 Ene 2009). Disponible en: http://www.bantaba.ehu.es/sociedad/files/view/Elementos_para_una_comunicacion_intercultural.pdf?revision%5fid=62839&package%5fid=33823
11. Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C.: OPS, Fundación W.K. Kellogg; 2001. 210 pp.
12. Forero J. El "mix" de las comunicaciones: comunicación total en la promoción de la salud. *Hacia la promoción de la salud.* 2004 Nov; 9(53):53-75.

13. Prieto A, Moreno-Angarita M, Cardozo-Vásquez Y. Modelo de comunicación desde una perspectiva social, orientado a la actividad física. *Rev. Salud Pública*. 2006 Nov; 8 (Suppl.2). (Consultado 13 Sept 2008). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8s2/v8s2a07.pdf>
14. Calvo M. Repensar las estrategias de comunicación en la promoción de la salud. Ponencia presentada en el IX Congreso IBERCOM, Sevilla-Cádiz, España; 2006. (Consultado 10 Oct 2008). Disponible en: <http://www.hapaxmedia.net/ibercom/pdf/CalvoCalvoManuelAngel.pdf>
15. Gumucio A. El iceber de la comunicación: la experiencia escondida. Ponencia del Congreso Internacional de Promoción y Comunicación en Salud. Medellín, Colombia, 4-6 de Dic. 2002. (Consultado 22 Sept 2008). Disponible en: <http://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio4.htm>
16. Gumucio A. El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social. (Consultado 10 Oct 2008). Disponible en: <http://www.geocities.com/agumucio/ArtMosqueteros.html>
17. Safar E. La comunicación en el pensamiento de Paulo Freire. *Anuario ININCO/Investigaciones de la Comunicación*. 2001 Jun; 1(13): 151-63. (Consultado 21 Sep 2008). Disponible en: http://www.revele.com.ve/pdf/anuario_ininco/vol1-n13/pag151.pdf
18. Freire P. ¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural. 10ª ed. México: Siglo XXI; 1981; 109 pp.
19. Díaz-Barriga F, Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. 2ª edición. México: McGraw-Hill; 2002. 465 pp.
20. Kaplún M. Procesos educativos y canales de comunicación. *Comunicar*. 1998; 11:158-65. (Consultado 31 Ene 2009). Disponible en: http://www.bantaba.ehu.es/sociedad/files/view/procesos_educativos_y_canales_de_comunicacion.pdf?revision_id=62844&package_id=33028
21. Martín E. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: El caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Rev Esp Salud Pública*. 2007 Sep-Oct; 81(5):519-28. (Consultado 16 Dic 2008). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v81n5/colaboracion7.pdf>
22. Escalante-Izeta E, Bonvecchio A, Théodore F, Nava F, Villanueva MA, Rivera-Dommarco JA. Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades. *Salud Pública Mex*. 2008 Jul-Ago; 50(4):316-24.
23. González L. Capital social y transferencia de saberes entre las mujeres del subproletariado urbano. (161-94 p.) En: Mercado FJ, Torres TM, compiladores. *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México: Universidad de Guadalajara, Plaza y Valdés Editores; 2000; 1ª edición. 287 pp.
24. Corral-Terrazas M, Martínez H, Flores-Huerta S, Duque MX, Turnbull B, Levario-Carrillo M. Creencias y conocimientos de un grupo de médicos sobre el manejo de la alimentación del niño con diarrea aguda. *Salud Pública Mex*. 2002 Jul-Ago; 44 (4):303-14.
25. Hernández I, Arenas L, Ortega D. Los significados socioculturales de los prestadores de servicio y su influencia en el programa de salud reproductiva de los estados de Morelos, Guerrero y Oaxaca, México. (171-86 p.). En: González N, Ángeles MI, compiladoras. *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba*. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad de La Habana; 2006; 1ª edición. 297 pp.
26. Simões RH, Oliveira A. Atención prenatal y transmisión del VIH: la perspectiva de profesionales de salud en Río de Janeiro (213-53 p.). En: Magalhaes ML, Mercado FJ. *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. 1ª edición. Traducción: Ricardo Rosenbah, Título original: *Pesquisa qualitativa de servicios de saúde*. 448 pp.
27. Duro JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Rev Esp Salud Pública*. 2002 Sep-Oct; 76 (5): 545-59. (Consultado 25 Ene 2009). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17076515.pdf>

28. Alcántara E, Tejeda LM, Mercado F, Lara N, Flores A. Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México. *Investigación en salud*. 2004 Dic; VI(3):146-53. (Consultado 31 Ene 2009). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14260302>
29. García R, Suárez R, Mateo-de-Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Rev Panam Salud Pública*. 1997; 2(1):32-6.
30. Rivera M, Campos M, Campos S, Lange I, Urrutia M, Castellano A. Promover la salud mental con mujeres chilenas en desventaja social. *Texto y contexto enferm*. 2004; 13(4):599-607. (Consultado 24 Sep 2008). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-0707&nrm=iso
31. Pulerwitz J, Barker G, Promundo. Promoviendo Normas e Comportamientos Equitativos de Genero entre Homens Jovens como Estrategia de Prevencao do HIV/AIDS. USAID, Population Council, Horizons, ProMundo; 2004. (Consultado 02 Oct 2008). Disponible en: <http://www.promundo.org.br/Pesquisa/Impacto/Horizons2.pdf>
32. Alarcón-Muñoz AM, Vidal-Herrera AC. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública Mex*. 2005 Nov-Dic; 47(6):440-6.
33. Alonso M, Kraftchenko O. La comunicación médico paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2003; 17(1):38-45. (Consultado 17 Ene 2009). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_1_03/ems04103.pdf
34. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud en las Américas. Revisión del progreso desde la Declaración Ministerial de México. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2006.
35. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Modelo Operativo de Promoción de la Salud. México: Secretaría de Salud.
36. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Prevención de la mortalidad infantil. México: Secretaría de Salud, 2007.
37. Secretaria de Salud. Programa Sectorial de Salud 2005-2010. México: SSA, DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN.
38. Comisión Nacional de los Pueblos Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México 2006. [Internet]. Versión electrónica base 2000. México: CDI-PNUD México; 2006. 294 p. (Consultado 2008 Oct 29). Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/idh/informe_desarrollo_humano_pueblos_indigenas_mexico_2006.pdf
39. Gil Nebot MA, Estrada C, Pires ML, Aguirre R. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2002 sept-oct; 76 (5):451-9.
40. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2006; cuarta edición, 850 pp.
41. De Sousa Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004; 227 pp.
42. Mercado FJ, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. *Revista Universidad de Guadalajara invierno 1999-2000*; 17 Dossier. (Consultado en 2008 Dic 03) : (14 páginas en pantalla). Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html>
43. Karam MA, Visoso A. Métodos cualitativos vs. Métodos cuantitativos: dos enfoques que requieren integración. Pp. 31-56. En: González N, Ángeles M, compiladores. Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba. México: Universidad Autónoma del Estado de México. 2006.
44. Mercado FJ. Reflexiones sobre el análisis cualitativo de los datos. El caso de los servicios de salud. Pp. 109-35. En: Magalhaes ML, Mercado FJ, compiladores. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

45. Bonilla-Castro E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Santa Fe de Bogotá: Editorial Norma; 1997. 420 pp.
46. Mercado FJ, Alcántara E, Lara N, Sánchez A, Tejada LM. La atención médica a la enfermedad crónica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. Rev Esp Salud Pública. 2002 Sep-Oct; 76(5):461-71.
47. Hernández E, Saldaña SA. Guía básica para desarrollo de investigaciones: guía práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. En prensa; 2007.
48. Garay A, Iñiguez L, Martínez M, Muñoz J, Pallarès S, Vázquez F. Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. Rev Esp Salud Pública 2002 sept-oct; 76 (5):437-50.
49. Serrano R. La observación participante como escenario y configuración e la diversidad de significados. P 97-131. En: Tarrés ML, coordinadora. Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: FLACSO México, El Colegio de México; 2001. 409 pp.
50. Kawulich B. La observación participante como método de recolección de datos. Forum Qualitative Social Research. [Revista en línea] 2005 mayo. 6(2), artículo 43, 23 páginas pdf. (Consultado 16 Oct 2008). Disponible en: <http://espanol.geocities.com/uaexam/05-2-43-s.pdf>
51. Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev. Esp. Salud Pública. 2002. Sep-Oct, 76 (5):409-22. (Consultado 16 Oct 2008). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora3.pdf>
52. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociológica; 1997. 432 pp.
53. Mercado FJ, Alcántara EC, Tejada LM, Lara N, Sánchez A. La atención médica a los enfermos crónicos en México ¿Qué tan diferente es la perspectiva de los médicos, las enfermeras y los sujetos enfermos? (274-303). En: Magalhaes ML, Mercado FJ, organizadores. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. 448 pp.
54. Castro R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca: UNAM; 2000. 539 pp.
55. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med 2003 34 (3):164-7. (Consultado 06 Dic 2008). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/rigor.pdf>
56. Mercado FJ. El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. Mercado FJ, Torres TM, compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Universidad de Guadalajara, Plaza y Valdés Editores; 2000. 287 pp.