



Comunicación y perspectiva de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes

Fernando Mendoza Vázquez,* Óscar Velázquez Monroy,** María Antonieta Martín,*** Ulises Pego Pratt,****
Elva Celia Campero Marín,***** Agustín Lara Esqueda,***** Irma Gallegos Figueroa*****

* Maestría en Estudios Latinoamericanos, Tulane University.
** Maestría en Investigación de Servicios de Salud y Especialidad en Epidemiología.
*** Maestría en Comunicación Institucional, CADEC.
**** Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, UAM-Xochimilco.
***** Licenciatura en Ciencias de la Comunicación.
***** Especialidad en Salud Pública y Diplomado en Epidemiología.
***** Maestría en Ciencias Políticas, London School of Economics and Political Sciences.

Correspondencia:
Irma Gallegos Figueroa
Lleja No. 8 séptimo piso
Teléfono 5553-8855, Fax 5553-8636
Agustín Lara Esqueda San Luis Potosí
199 9º Piso. Col. Roma
Teléfono: 55845051, Fax: 55844220

Fecha de recepción: Octubre-1999
Fecha de aceptación: Diciembre-1999

Resumen

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento sobre la Diabetes (D.M.), causas, síntomas y consecuencias entre hombres y mujeres de 40 a 55 años de edad; conocer y comprender sus actitudes, prácticas de salud y alimentación. En el caso del personal de salud conocer, además sus actitudes y procedimientos para atender la DM y promover su prevención. **Material y métodos:** Se trata de un análisis de audiencia cualitativo, a través de grupos focales en tres áreas urbanas de México. Se investigó con seis grupos de mujeres y seis de hombres, tres de médicos y tres de paramédicos. **Resultados:** 1) La población desconoce las causas y efectos de la diabetes y la noción de crónico degenerativo; asocia la diabetes con aumentos de azúcar, y atribuye su origen a emociones fuertes. En el cuidado de la salud predomina una escasa cultura preventiva, una aceptación fatalista de las enfermedades y una resistencia a visitar al médico. La mujer asiste más que el hombre a los Centros de Salud, principalmente, por embarazos, partos, puerperio y salud infantil. En la comida importa más la cantidad y el gusto que la calidad. El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, atenta contra el gusto, la costumbre y aísla de la familia. El consumo de carne está sobrevalorado y el de verduras relegado. 2) En cuanto al personal de salud, el saber médico es más sistemático y preciso que el paramédico. Persiste el concepto prediabético, no está incorporado el cuestionario de autoexclusión en la detección y en algunos casos se manifiesta una vinculación con lo emocional al explicar la Diabetes. Los médicos reconocen baja adherencia al tratamiento; el paciente prefiere un control externo (medicamento) a uno interno (dieta). El paramédico, por su parte, se autopercebe más accesible al paciente. El médico no se concibe como educador. El tiempo dedicado al paciente resulta un factor clave en la adherencia. La práctica vigente en la atención de la diabetes enfatiza la detección y el control sobre la prevención. Las prácticas de salud y alimentación del personal de salud son similares a las de la población. **Conclusiones:** La información obtenida permite adecuar la comunicación a esta audiencia.

Palabras clave: Diabetes, análisis de audiencia, cualitativo, comunicación.

Abstract

Objective: To identify the level of knowledge about the causes of diabetes mellitus, its symptoms and consequences for men and women between 40 and 50 years of ages, it also aims to identify life style habits that may cause diabetes mellitus. The knowledge gained from this study will provide valuable information to health care providers for the prevention and treatment of diabetes mellitus. **Design and methods:** The study was conducted in 3 different urban areas in Mexico. Six groups of women, six groups of men, three of doctors and three of paramedics were studied. **Results:** 1) The population unknown the causes and effects of the DM and the possibilities of chronic degenerative risks, they relations the glucose level and the powerful emotion with their origin. In the general health care the main topic is a poor preventive culture between the population, a fatalistic assumption of diseases and a medical visits resistance. The women go on with the medic more often than the men the most important causes there are pregnancy, delivery, perinatal and pediatric care. The diet concept has a restrictive connotation, it guess against traditional cuisine and those engaged in it are isolated from the familiar environment. Meat consumption is highly appreciated in contrast with vegetables and better food. 2) Talking about the physician

*knowledge health, the medics has more information than the paramedics, the notion of prediabetic state there are more common. There are not incorporated the autoelimination questionnaire in the diagnostic and some cases that has been closer of some powerful emotion when the medics has to explain the cause. Physicians observe low treatment adherence, the patient prefer an external control (drugs), over internal control (diet and exercises), in the other sense the paramedic perceive him self more accessible with the diabetic patient. Medic do not looks him self in the role of educator. The time dedicated to attend a patient get to the diabetic a key factor. The actual practice in this disease reaffirms the prevention and control of it. The normal feed habits between the medical personal there are similar with general population. **Conclusion:** The information obtained permits to be better the communication with the audience.*

Key words: Diabetes mellitus, audience analysis, qualitative, communication.

La diabetes constituye la cuarta causa de mortalidad general en el país (1993), con una tasa de 36.4 por cada 100 mil habitantes. Se estima que existen alrededor de 4 millones de pacientes diabéticos que representan una de las principales demandas de atención.^{1,3} Los adultos en edad productiva son el grupo más afectado, representan 50% de los pacientes diabéticos. La extensión actual de la enfermedad y su proyección la colocan como una prioridad de salud pública en México.

El Programa de salud del adulto y del anciano de la Secretaría de Salud busca, entre otras medidas, incrementar el número de detecciones porque actualmente 30% de los diabéticos no saben que lo son.¹⁻² Además de instrumentar mecanismos eficaces de identificación de la diabetes, para incorporar a los posibles pacientes a tratamientos oportunos, el programa reconoce que por la naturaleza crónico degenerativa del padecimiento se necesita ir más allá del reconocimiento oportuno. Se requiere construir en la población una cultura preventiva de la salud.³

Los factores de riesgo que influyen significativamente en el desarrollo de la DM están claramente identificados: consumo de grasas animales y sus derivados, sedentarismo y sobrepeso.⁴ Si se logra que la población en general incorpore paulatinamente nuevas prácticas de alimentación y se propicie² una cultura de salud más activa, se puede influir significativamente en el desarrollo de la enfermedad y mitigar sus perniciosas complicaciones. En este sentido invertir en campañas de comunicación para promover el cambio social es una opción eficaz y económica, siempre que éstas se planeen estratégicamente y se desarrollen consistentemente.

Hoy en día sabemos que las estrategias sistemáticas de comunicación mejoran los hábitos y conductas de salud en la población.⁵ Un proceso sistemático para desarrollar planes estratégicos de comunicación incluye seis pasos básicos: 1) el análisis (de audiencias, de políticas, de recursos, debilidades y fortalezas), 2) el diseño estratégico (los objetivos de comunicación, la segmentación de audiencias, el posicionamiento del concepto, la incorporación de un modelo de cambio de conducta, seleccionar los canales de comunicación, planear las actividades

y diseñar la evaluación), 3) el desarrollo, prueba de materiales, revisión y producción (desarrollo de mensajes, prueba con las audiencias y líderes de opinión, revisión, producción de mensajes y materiales); 4) la generación, ejecución y seguimiento (movilización de grupos clave, creación de un clima organizacional positivo, ejecución del plan de actividades, seguimiento o monitoreo del proceso de difusión, transmisión y recepción de los productos), 5) evaluación del impacto (medir el impacto en la audiencia y determinar cómo mejorar las siguientes etapas); y 6) planear para la continuidad (ajustarse a condiciones cambiantes, a la continuidad y a la autosuficiencia).¹

Como primer paso en la planeación estratégica de una campaña de comunicación para prevenir y controlar la DM, se realizó un análisis de audiencias para conocer-comprender las prácticas de salud y alimentación entre la población en riesgo, hombres y mujeres de 40 a 55 años y entre personal de salud, médicos y paramédicos del primer nivel de atención. Esto se realizó mediante una investigación cualitativa con grupos focales en tres zonas urbanas y sus áreas metropolitanas. Zonas donde se difundirá una campaña piloto de comunicación social. La información recabada tiene dos fines inmediatos: primero, será incorporada para desarrollar la estrategia, mensajes y seleccionar los medios de comunicación idóneos; segundo, como fuente para identificar las variables pertinentes y desarrollar una encuesta previa y posterior a la campaña.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se realizó en Guadalajara, Monterrey y Mérida. Las dos primeras ocupan, respectivamente, el segundo y tercer lugar por el tamaño de su población; Mérida es la principal ciudad de la Península de Yucatán, al sur de México; para la selección de estas ciudades se hizo una caracterización. Por un lado, el criterio epidemiológico, presentan una alta incidencia de DM.⁶ Por otra parte, el criterio sociocultural, se consideró su diferenciación cultural; representando al norte, Monterrey, al occidente, Guadalajara, y al sur, Mérida. El tercer propósito obedeció a consideraciones estratégicas: comúnmente las

campañas de salud se diseñan en el centro del país, en la ciudad de México y desde ahí se difunden al resto del país. En el caso de la diabetes, padecimiento para el cual no se han desarrollado sistemática e integralmente campañas de salud, se consideró conveniente ejecutar y validar la campaña localmente, fuera del centro y, posteriormente, una vez evaluados sus primeros resultados, extenderla a todo el territorio nacional.

Diseño de la investigación

El diseño de los grupos focales se hizo sobre la especificación de las audiencias futuras. Se reconocieron dos: la audiencia primaria, a quienes se dirige primordialmente el esfuerzo comunicativo, hombres y mujeres de 40 a 55 años de edad; y la audiencia secundaria, quienes también deben ser considerados en la estrategia comunicativa, porque ellos medían los mensajes y son parte activa en el nivel interpersonal de la comunicación, sin su participación la estrategia es incompleta y los alcances limitados. La audiencia secundaria son el personal médico y paramédico de los servicios de salud estatales.

En cada una de las tres ciudades se realizaron seis grupos: dos de mujeres entre 40 y 55 años, dos de hombres entre 40 y 55 años, uno de médicos y otro de paramédicos. En total se realizaron 18 grupos (*Cuadro I*). Los hombres y mujeres fueron reclutados entre la población cercana a centros de salud, por personal de cada centro. El reclutamiento en este caso tenía dos condiciones, procurar que los integrantes de cada grupo no se conociesen entre sí y que no padecieran DM.

Cuadro I. Matriz de grupos focales.

Características de la población	Guadalajara	Monterrey	Mérida	Total
Mujeres de 40 a 55 años, nivel socioeconómico D/E.	2	2	2	6
Hombres de 40 a 55 años, nivel socioeconómico D/E.	2	2	2	6
Personal médico (hombres y mujeres) del primer nivel de atención.	1	1	1	3
Personal paramédico (hombres y mujeres): enfermeras, trabajadoras sociales y promotores del primer nivel de atención.	1	1	1	3
Total	6	6	6	18

Para los grupos de médicos y paramédicos se buscó que perteneciesen a distintos centros de salud, de diferentes jurisdicciones en cada zona urbana estudiada. Para esta investigación se consideró como paramédico a las enfermeras, trabajadoras sociales y promotores de salud. En el caso del personal de salud el género no se consideró relevante.

La conformación de los grupos se hace buscando homogeneidad para evitar, dentro de lo posible, los obstáculos a la comunicación. Para este propósito se considera que la comunicación ocurre entre iguales y se parte de la noción de que la mínima cantidad de interacción social es una conversación.⁷ Está es la simiente de lo social y el medio de relación formación y producción del discurso grupal. Por otra parte, el tamaño del grupo se decide según dos límites. Mínimo cinco participantes, máximo diez. Hacia abajo para garantizar el mínimo necesario de canales de comunicación, hacia arriba para prevenir la saturación de canales.⁸

Los grupos funcionan con un moderador quien propone trabajar sobre un tema (en este caso la DM) y guía la sesión de grupo hacia los aspectos que le interesan del tema. Se busca que el grupo produzca un discurso sobre el tema propuesto y este discurso es la materia prima para el análisis.⁹ El trabajo mediante grupos asume que lo propiamente social es el lenguaje y que a través de él un grupo, en este caso el grupo focal, manifiesta creencias, prejuicios, necesidades, deseos, información configurada que proporciona comprensión en profundidad.

La aplicación de los grupos se hizo siguiendo el manual para la investigación mediante grupos focales desarrollado por la Academia para el Desarrollo Educativo.¹⁰ Se planeó que cada grupo contara con 8 o 10 participantes y en los 18 grupos se siguió una guía temática (*Cuadro II*). Primero se indagó sobre el conocimiento y descripción de la diabetes, sus síntomas, consecuencias, complicaciones y modo de tratarlo. Después se exploraron las prácticas de salud personales y familiares y los hábitos y preferencias alimenticias. En el caso del personal de salud se preguntó además sobre la detección, el tratamiento no farmacológico y los problemas de adherencia.

Las sesiones de grupos focales se graban para después transcribir la información. El discurso transcrito es el texto sobre el cual se trabaja el análisis y se ofrecen resultados, de acuerdo a las temáticas encontradas y a los objetivos de la investigación.

RESULTADOS

Los principales hallazgos respecto al nivel y tipo de conocimiento sobre la DM, las actitudes y prácticas de salud y alimentación se presentan en dos conjuntos. Primero los de la población —hombres y mujeres de 40 a 55 años—

Cuadro II. Guía de discusión.**I.** Conocimiento de la enfermedad.**1.1** Preguntas de dimensión para la población.

- ¿Qué saben las personas sobre la diabetes?
- ¿A quién le puede dar diabetes?
- ¿Qué causa la enfermedad?
- ¿Conoce cómo evoluciona la enfermedad?
- ¿Cuáles son las consecuencias y/o limitaciones de padecerla?
- ¿Qué se puede hacer para evitar la enfermedad?
- ¿Sabe qué hacen los diabéticos para controlarse?
- ¿Existe relación entre el peso corporal y la actividad física con la diabetes?
- ¿El tener familiares diabéticos aumenta el riesgo de padecer la enfermedad?

II. Preguntas de discusión para prestadores de servicios

- ¿Es posible prevenir la diabetes?
- ¿Cómo puede prevenirse?
- ¿Por qué no puede prevenirse?
- ¿Qué tan efectivo considera el manejo no farmacológico de la diabetes?
- ¿Desde su punto de vista, cómo percibe por parte de la población la recepción de los mensajes para la prevención de la diabetes?
- ¿Qué se puede hacer para lograr la participación y adherencia de los pacientes?
- ¿Cómo se puede involucrar más a los prestadores de servicios en la prevención y manejo integral de la diabetes?

III. Cultura de la salud (Estilos de vida).

A la población se le pregunta sobre sí misma, al prestador de servicios sobre la población.

- ¿Cómo cuida su salud y la de su familia?
- ¿Qué es un hábito saludable?
- ¿Sabe cómo cuidar su cuerpo?
- ¿Acude usted al médico sin estar enfermo?
- ¿Qué papel juega el ejercicio en el cuidado de la salud?
- ¿Tiene relación la ingesta de alcohol con la salud?

IV. Hábitos alimenticios.

Tanto a la población como al prestador se les pregunta sobre sí mismos

- ¿Cuál considera que sea la mejor alimentación?
- ¿Qué acostumbra comer?
- ¿Qué le gusta comer más?
- ¿Considera que su dieta es saludable?
- ¿Cuáles son sus costumbres y horarios de comida?
- ¿Conoce la pirámide de la alimentación?
- ¿Consume con frecuencia grasas de origen animal?

y enseguida los del personal de salud, médicos y paramédicos.

1. Población: hombres y mujeres de 40 a 55 años

Conocimientos: La población observa que ahora hay más diabéticos, pero ignora las causas de la diabetes. El

término mismo es desconocido. Hay quienes conocen algunos síntomas y en general asocian la diabetes con aumento de azúcar en la sangre. Tanto hombres como mujeres atribuyen su aparición a emociones fuertes de signo negativo tales como sustos, corajes o preocupaciones (*Cuadro III*). Desde esta creencia la diabetes no se desarrolla, ocurre; aparece repentinamente. Quienes conocen a pacientes diabéticos coinciden en su carácter corajudo, en su dificultad para seguir dietas en su resistencia a someterse a tratamientos y en la "dureza" y "rigor" tanto de la dieta como del tratamiento. En el imaginario colectivo es poco lo que se puede hacer frente a la diabetes. Esta verdad asumida contribuye, paradójicamente, a la búsqueda y experimentación de cualquier tratamiento.

Salud: Predomina una escasa cultura preventiva. Hay una aceptación fatalista de las enfermedades, como parte del ciclo natural de vida y resistencia a visitar al médico. Existe una marcada diferencia de géneros en relación con la salud: el cuidado familiar recae en la mujer y ésta asiste más a los centros de salud por razón de embarazos, partos, puerperio y salud infantil. Fuera de estas razones y además de motivos de planificación familiar, la mujer atiende poco su salud y el hombre aún menos. Las campañas de salud probablemente refuerzan esta diferencia de géneros porque la mayoría van dirigidas a la mujer.

Alimentación: La tendencia general es comer para llenarse. Importa más la cantidad y el gusto que la calidad. Una "buena" dieta se concibe en términos aspiracionales y se asocia más a la carencia producida por factores económicos que nutricionales. Desde esta perspectiva la carne es altamente valorada; en contraste, las verduras están relegadas en el consumo doméstico. Para las amas de casa cocinar verduras es someterse a una desaprobación por parte de los hijos y el esposo. El rechazo familiar es reforzado por la idea de que son caras y por una manifiesta incompetencia para hacerlas apetecibles (*Cuadro IV*).

El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, aísla a quien se prescribe y además es difícil seguirla porque atenta contra el gusto y la costumbre. Por lo común la gente próxima al diabético no se solidariza con él, situación que intensifica el carácter estigmático de la dieta. Entre la población que atienden los servicios estatales de salud está poco difundido el concepto de valor nutricional de los alimentos.

2. Personal de salud: médicos y paramédicos.

Conocimiento: El saber del médico sobre la diabetes es más sistemático y preciso que el de los paramédicos. Tanto médicos como paramédicos identifican la diabetes tipo 1, tipo 2 y la gestacional. Los médicos tienen claro el carácter de la diabetes, pero discrepan sobre si es o no prevenible. En este aspecto, entre los paramédicos prevalece una gran incertidumbre. Ambos grupos están fami-

Cuadro III. Conocimiento: Mujeres y hombres de 40 a 55 años.

Existe poco conocimiento entre la población sobre causas, consecuencias, tratamiento y prevención. Las personas que conocen síntomas es porque la padecen o tienen algún familiar o vecino que presenta síntomas.

Mujeres	Hombres
• Aumento de azúcar en la sangre. • Aparece por corajes, sustos o disgustos, preocupaciones, maltrato. • Hay diabetes hereditaria y/o por sobrepeso. • Padecimiento que va en aumento, le afecta a chicos y grandes. • No se sabe qué es ni que la causa. • Gran desconocimiento sobre factores de riesgo, y prevalencia de la diabetes. • Síntomas: boca seca, mucha sed, ganas de orinar, cansancio, delgadez. • Consecuencias: amputación de miembros, pérdida de la vista, mala cicatrización. • Consecuencias emocionales: desesperación, decaimiento, depresión y negación de la enfermedad. • Tratamiento: se prohíbe el azúcar, dietas, pastillas, chequeo y muestras de sangre, insulina. • Dietas: frutas y verduras, se quitan carnes rojas y se recomienda pollo y pescado, se puede comer de todo con moderación. El nopal es eficaz en el tratamiento. En los remedios caseros mencionan tomar su orina, polvo de víbora de cascabel, hiel de pollo, sávila.	• Presencia de azúcar en la sangre. • Da por corajes, sustos, impresiones muy intensas y sorprendidas. • Se asocia a factores hereditarios y/o hábitos alimenticios, exceso de peso. • Padecimiento que va en aumento, le puede dar a adultos hombres, mujeres, personas de la tercera edad y niños. • En general no saben qué es la diabetes. • Saben que hay propensión generalizada, pero no se interioriza el riesgo. • Síntomas: boca seca, mucha sed, ganas de orinar, cansancio, delgadez. • Consecuencias terribles para la salud, existe miedo, • Tratamiento: dietas rigurosas, pastillas, chequeos periódicos, aplicación de insulina. • Dietas: rigurosas, balanceadas, poca carne, uso de productos naturales, remedios caseros.

Cuadro IV. Prácticas alimenticias: Mujeres y hombres de 40 a 55 años.

Se satisface la necesidad inmediata de comer, hasta llenarse. No se asocia la calidad y cantidad de alimentos con la prevención/ autocuidado de la salud. La situación económica tiene también un impacto en las prácticas alimenticias. La comida tradicional por región incide en la cantidad de grasas y harinas que se consumen. La dieta más generalizada incluye frijol, tortillas y chile.

Mujeres	Hombres
• Comer bien es comer lo que le gusta a uno y sentirse lleno, satisfecho. • Comer carne es una aspiración, la verdura no está en la dieta porque no satisface la necesidad de llenarse. Falta conocimiento sobre la preparación de verduras y la familia no aprueba comer verduras. • Se relaciona una buena dieta con las posibilidades económicas, dicen que la fruta y la verdura no están al alcance de todos. • Las mujeres están preocupadas porque los hijos puedan comer tres veces al día, sin importar qué es la comida. • Las mujeres no alcanzan a percatarse de que ellas pueden contribuir a mejorar la calidad de los alimentos que consume la familia. • La comida chatarra y la Coca-Cola se incluyen en la dieta familiar aunque no haya posibilidades económicas suficientes.	• Comen para llenarse, sin pensar en las consecuencias que puede acarrear para la salud. • No están acostumbrados ni les gusta comer verduras; no satisfacen su apetito. Prefieren el consumo de carne y condimentos, alimentos con altos contenidos de grasa y carbohidratos. • Percepción de no poder comer variado por razones económicas. Comer carne es una aspiración, porque no siempre se puede. • El hombre por razones laborales, come fuera del hogar ya sea antojitos o comida que preparan para él las mujeres (madre, esposa, hija). Por lo general hacen una o dos comidas al día. • La comida instantánea, chatarra y refrescos especialmente la Coca-Cola están muy arraigados en la dieta del mexicano. Los varones perciben que el alcohol es un peligro para el diabético,

liarizados con las técnicas de detección, con un mayor repertorio por parte de los médicos, quienes además distinguen entre detectar y confirmar un caso. El Programa

de salud del Adulto y del Anciano propuso el uso de un cuestionario de autoevaluación para detectar la probabilidad de tener diabetes y reducir con certeza el recurso a

pruebas. Dicho cuestionario se aplica de manera irregular, sobre todo en Monterrey y Mérida no se acepta o no se entiende su utilidad. Aunque con menor énfasis que la población, el personal de salud también vincula la diabetes con el estrés y entre médicos persiste la noción del prediabético. En el tratamiento, los médicos distinguen la eficacia del enfoque no farmacológico. Los paramédicos, en cambio, tienden a afirmar que se debe tratar con dieta, medicamentos y ejercicio. Pese a la importancia que otorgan todos al ejercicio, a éste se le asigna una menor importancia que a la dieta. En torno a ella gira parte de la relación y la lucha con el paciente. Por otra parte, los médicos resaltan que hay desabasto de material y falta de equipo o recursos humanos que les permita afrontar con prontitud y eficacia la demanda de servicio.

Salud: En general perciben en la población una mínima valoración de la salud; atención tardía y reactiva más que preventiva. Señalan que los pacientes diabéticos presentan dos reacciones típicas: negación del padecimiento y depresión. Además de la dificultad para adherirse al tratamiento, en especial si es de tipo no farmacológico. El paciente prefiere el control externo: medicamento, que el autocontrol: dieta y ejercicio. El abandono del tratamiento farmacológico está íntimamente vinculado a los recursos económicos del paciente; de hecho una razón para acudir al centro de salud obedece a la posibilidad de abastecerse ahí de medicamentos. En el caso del no farmacológico, el apoyo a través de los clubes u otras actividades para diabéticos es irregular y está estructurado para mujeres, más que para hombres. Por otro lado, si bien observan que la población objeta cuestiones económicas para seguir una dieta, el personal médico atribuye más importancia a la falta de solidaridad familiar (núcleo al cual poco se apela en la atención) y, en general, a un contexto que no apoya al enfermo, a esto contribuye el médico cuando exige cambios radicales que atentan contra la costumbre y el gusto; contra patrones culturales y contextos de relación social importantes para el paciente. En cuanto a la atención y calidad del servicio, el personal paramédico, la enfermera en particular, se percibe a sí misma más cercana y accesible al paciente que el médico. Los médicos destacan que la dedicación del médico a cada paciente marca una diferencia notable en la respuesta del paciente al tratamiento. Sin embargo, no se autoperceben como educadores.

El tipo de relación que el sistema de salud pública ha establecido con la población reproduce en ésta patrones de conducta pasivos, subordinados a la actividad y movilización del sistema de salud. La población es un actor dependiente, pasivo.

Alimentación: Tanto médicos como paramédicos saben que es una buena dieta, es decir una dieta balanceada y nutritiva. Este saber no necesariamente orienta la conducta,

ambos grupos sostienen prácticas alimenticias similares a las de la población, es decir propiciatorias de la diabetes.

En forma similar, el personal de salud conoce y afirma la necesidad de la prevención y defiende enfáticamente la importancia de informar y educar sobre salud; pero su práctica vigente se orienta más a la detección y al control que a la prevención. Aún así, el personal de salud está convencido que las campañas de comunicación tienen un efecto positivo en la población y cree que sí la hacen actuar.

DISCUSIÓN

En las ciencias de la salud pareciera no necesitarse de la investigación cualitativa. Los experimentos en el laboratorio y fuera de él y la epidemiología basada en la estadística dan cuenta de lo sustantivo en el quehacer y avance de la medicina. Sin embargo, es necesario realizar investigación cualitativa. ¿Por qué? ¿Para qué?

Respuesta de primer nivel: la población en general necesita de información sobre algunas enfermedades y cómo evitarlas. Diferentes grupos de población requieren un tipo de educación que les permita adoptar conductas de autocuidado de la salud y de prevención de las enfermedades. Por formación y convicción el médico tiene una cultura de información y de investigación que contrasta en un país como México, donde, entre la población, predomina una cultura de información pobre. La labor de informar y educar en este campo recae, por lo general, en el sector salud, por lo que los tomadores de decisiones y diseñadores de políticas tienen que conocer *no sólo* la parte médica de la enfermedad, sino cómo piensan, qué saben, qué actitudes tienen y cómo se comportan los grupos sociales afectados o en posibilidad de riesgo frente a determinados padecimientos. Estas preguntas se responden *mejor* mediante técnicas que permitan profundizar en la comprensión de las actitudes y conductas, así como en los procesos y significados que los datos cuantitativos no revelan, *no pueden revelar*. El intento por incorporar otras metodologías de investigación no ignora la importancia de la perspectiva cuantitativa, ubica su pertinencia, busca ir más allá del número para encontrar a los sujetos sociales. La investigación mediante grupos, una de cuyas técnicas es el grupo focal se inscribe en un nuevo paradigma.

A partir de aquí avanzamos hacia un *segundo nivel* en la respuesta a la pregunta antes planteada, para qué hacer investigación cualitativa. El paradigma dominante en investigación social tiene en la encuesta estadística su técnica fundamental. En ella el sujeto (el observador) y el objeto están separados. La encuesta es un dispositivo de control. El sistema a controlar se regula mediante

correlaciones entre inputs y outputs,¹¹ dentro de un paradigma de simplificación.

Pablo Navarro ha distinguido entre vieja o primera cibernética y la nueva o de segundo orden.¹² Paralelamente ha explicado a la nueva ciencia y a la clásica.

En síntesis; plantea que lo propio de la ciencia clásica y de la primera cibernética es la descripción, el conocimiento del objeto. Lo propio de la segunda cibernética y de la ciencia no clásica es no sólo conocer, sino explicar y comprender. Se conocen objetos; se comprenden sujetos, sus acciones.¹³

De acuerdo a Jesús Ibáñez,¹⁴ a quien seguiremos en el resto de esta breve presentación en la investigación social se distinguen tres niveles (tecnológico, metodológico y epistemológico) y tres perspectivas (distributiva, estructural y dialéctica). El paradigma clásico incluye sólo el nivel tecnológico y la perspectiva distributiva. De hecho cada perspectiva corresponde a cada uno de los niveles de investigación (*Cuadro V*). El nivel tecnológico describe/prescribe cómo se hace, el metodológico por qué se hace así y el epistemológico para qué (y para quién) se hace .

Por otra parte, interesa destacar que en todo sistema es posible distinguir tres niveles:¹⁵ el de los elementos, el de las relaciones entre elementos (estructura) y el de las relaciones entre relaciones (sistema). La perspectiva distributiva sólo atañe al nivel de los elementos; la perspectiva estructural alude, sobre todo al nivel de la estructura (significaciones) y la perspectiva dialéctica toca principalmente el nivel del sistema (el sentido). A diferencia de otros sistemas, los sistemas biológicos y sociales tienen los tres niveles. El sistema social es abierto y sólo se reproduce cambiando.

El orden social es del orden del decir afirma Ibáñez,¹⁶ está configurado por dictados e interdicciones, es decir, por prescripciones y proscripciones. En la investigación social el lenguaje es instrumento y objeto. Con él se produce información y con él se analiza e interpreta. En el lenguaje es posible y necesario distinguir un componente simbólico (qué dice) y un componente semiótico (qué hace).¹⁷ A su vez, dentro del componente simbólico, dos dimensiones:¹⁸ una referencial (las palabras equivalen a las cosas

que designan) y una dimensión estructural (las palabras equivalen a palabras) que revela las relaciones existentes.

La perspectiva distributiva, cuyo paradigma es la encuesta estadística, utiliza la dimensión referencial del componente simbólico. Su producción de información escenifica, bajo este planteamiento, un juego de lenguaje cerrado, donde la respuesta está contenida en la pregunta; su juego de lenguaje es del tipo "pregunta/respuesta". El entrevistador puede preguntar, el entrevistado debe responder.¹⁹ La perspectiva estructural, el grupo focal o su paradigma el grupo de discusión, utiliza la dimensión estructural del componente simbólico. Aquí la producción de información es un juego de lenguaje abierto, la conversación; pues quien responde puede interrogar la pregunta y proponer otras preguntas. Aquí hay contacto comunicacional y distribución (co-participación) en la comunicación.²⁰

Un contraste breve entre la encuesta y la investigación grupal dentro de las perspectivas distributiva y estructural que proponemos, arroja tres rasgos característicos: 1) la encuesta es un dispositivo de búsqueda; el grupo, de encuentro, 2) en la encuesta el diseño está separado de la ejecución; en el grupo, el diseño atraviesa a todo el proceso, mientras la encuesta tiene que limitar lo que busca, el proceso de encuentro debe mantener abierto el proceso, 3) en la encuesta, la ejecución tiene una estructura tridimensional, exige tener a los individuos (muestra), las preguntas (el cuestionario) y las respuestas (cuadro de resultados). En el grupo la ejecución es un proceso regulado por la estrategia de un sujeto, un sujeto en proceso.²¹

En la investigación cualitativa, perspectiva estructural, un grupo, microcosmos, produce sobre un tema, reflexivamente, al macrocosmos, la sociedad. El criterio de pertenencia a un grupo no es de representación, es de pertenencia. El grupo despliega tres oposiciones, frente a la encuesta estadística: intensidad/extensión; estructura/elementos y heterogeneidad/homogeneidad, a) intensidad/extensión: el grupo es intenso, opera en la profundidad de los procesos sociales, la encuesta trabaja sobre la externalidad de los hechos, b) estructura/elementos: el grupo escenifica y reproduce el proceso estructural, le interesa y hace emerger el contexto, la red de relaciones

Cuadro V. Investigación social: niveles, perspectivas y dimensión.

Niveles	Perspectiva de investigación	Dimensión social
Tecnológico: (cómo se hace)	Distributiva: <i>elementos</i> • paradigma: la encuesta	Los hechos: lo que acontece y se hace
Metodológico: (por qué se hace)	Estructural: <i>relaciones</i> • paradigma: el grupo de discusión	Los discursos: lo que hace y dice el lenguaje (significado y sentido)
Epistemológico: (para qué y para quién se hace)	Dialéctica: <i>sistema</i> • paradigma: el socioanálisis	Las motivaciones: el "por qué" de la intervención, su sentido

que explican lo social; la encuesta trabaja con elementos aislados, *agrupados* por pertenecer a una muestra. Finalmente, c) heterogeneidad/homogeneidad: el grupo reconoce y respeta la heterogeneidad, en tanto que la aproximación cuantitativa tiende a diluir lo distintivo, a homogeneizar.²²

Esta explicitación de lo cuantitativo-cualitativo (distributivo-estructural) queda incompleta si no abordamos dos cuestiones tácitas: lo objetivo-subjetivo y la sobrevaloración de lo cuantitativo, ambas implícitas en este punto de discusión. Reiniciemos por lo segundo. La estadística (ciencia del Estado) es necesaria, pero insuficiente para acceder a un sistema de complejidad organizada (lingüístico). El grado de madurez científica se atribuye generalmente al grado de cuantificación que se puede hacer en un campo determinado de la ciencia. Aquí hay una obscura simplificación. "El concepto más general en matemáticas no es el de número sino el de orden. Tanto las técnicas llamadas *cuantitativas* como las llamadas *cualitativas* se inscriben en procesos, de matematización esto es de análisis ordenados del orden social".²³ Es primero la palabra que el número. Que las matemáticas no son esencialmente numéricas lo ilustra muy bien el libro de R Thom para explicar, con matemáticas cualitativas el cambio en las formas biológicas, entre otras, conocido popularmente como teoría de catástrofes.²⁴

Finalmente, para la discusión cuantitativa-cualitativa es más central la posición del observador y su pretendida objetivación, que el número. En lo cuantitativo, el observador es externo al sistema. Así se presupone. En lo cualitativo, es un observador interno. La mecánica (física) cuántica ha revelado que observar es manipular y la imposibilidad, por tanto de dejar intacto al objeto. En lo social esto reviste particular importancia porque el objeto es un sujeto, sujeto como el sujeto observador. El sujeto observador observa un sujeto colectivo (la sociedad) que lo contiene, por lo tanto toda afectación sobre el sistema afecta a su vez al sujeto observador. La reintroducción del sujeto incluye a la investigación no sólo la subjetividad, sino también a la reflexividad. Lo que es de sujetos es subjetivo.

Esta apretada argumentación intenta revalorar lo cuantitativo y lo cualitativo e insistir en su complementariedad. La investigación mediante grupos focales produce información que de otra manera no sería accesible. Esta información se necesita para comprender los procesos sociales y la acción de los sujetos. La investigación cualitativa responde a la pregunta ¿por qué?, la cuantitativa, por su parte aborda cuestiones como ¿cuántos? o ¿con qué frecuencia? La descripción se complementa con la interpretación.

Las fobias, preferencias, conocimiento (o desconocimientos), de una técnica, oculta a veces un valor cen-

tral en la investigación: las técnicas de investigación no son neutras ni absolutas. El valor de cada técnica radica en sus propiedades, en lo que *puede hacer*. El conocimiento y la imaginación del investigador le posibilita a buscar las complementariedades y llenar los huecos, en esa búsqueda incesante por comprender cómo es lo social y por qué es así.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez AH, Lara EA, Guadalupe GR ¿Tiene Diabetes y no lo sabe? *Diabetes hoy* 1999; 17: 128-130.
2. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*.
3. Tapia-Conyer R et al. *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. INNSZ-Secretaría de Salud, México 1993.
4. Chávez MM, Madrigal H, Chávez A, Ríos E. *Guías de alimentación*. México. INNSZ, OPS/OMS. México 1995.
5. Piotrow PT, Lawrence Kincaid D, José G. Rimon II, Ward Rinehart. "Health Communication, Lessons from Family Planning and Reproductive Health". Center for Communication Programs, Johns Hopkins School of Public Health. Preger, Westport, Conn., 1997. Prefacio.
6. Gutiérrez AH, Lara EA, Guadalupe GR, Sánchez MJ y Cols. Estudio comparativo de tres métodos de detección de diabetes tipo 2. Mexico. Programa de Salud del Adulto y el Anciano. Coord. de Vigilancia Epidemiológica. SSA, 1997.
7. Pask Gordon. "Relativism" en Ibáñez Jesús. Nuevos Avances en la investigación social. La investigación social de segundo orden. Suplemento 22, *Anthropos*. Barcelona, 1990: 36-40.
8. Ibáñez Jesús. *Más allá de la sociología*. Siglo Veintiuno de España, Editores, S.A. 2a. Edición corregida, Madrid, 1986.
9. Ibidem, El discurso como producción grupal y materia prima del análisis y la interpretación está ampliamente discutido en Ibáñez 1986: 318-351.
10. Debus Mary. *Manual para la excelencia en la Investigación mediante Grupos Focales*. Academia para el desarrollo educativo, Healthcom, Washington, 1995.
11. Ibáñez Jesús. El regreso del sujeto. Siglo Veintiuno de España, Editores S.A. Madrid, 1994: 71.
12. Navarro Pablo. Extracto de "Cybernetics from science of control to control of science" en Ibáñez 1990: 23-27.
13. Ibidem, El discurso como producción grupal y materia prima del análisis y la interpretación está ampliamente discutido en Ibáñez 1986: 23.
14. Ibáñez Jesús. "Perspectivas de la investigación social: el diseño en la perspectiva dialéctica", En: Alvira Ibáñez y García Fernando. *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación*. Alianza Universidad, Madrid, 1980.
15. Wilden A. Sistema y estructura. Ensayos en comunicación e intercambio. Alianza, Buenos Aires, 1979.
16. Ibáñez Jesús. *Más allá de la sociología*. Siglo Veintiuno de España, Editores, S.A. 2a. Edición corregida, Madrid, 1986: 138-206.

17. Kristeva Julia. *Semiótica 1*. Ed. Fundamentos, Madrid 1978.
18. Saussure Ferdinand de. *Curso de lingüística general*. Losada, Buenos Aires, 1968.
19. Ibáñez Jesús. *Del algoritmo al sujeto*. Siglo Veintiuno de España, Editores, S.A. Madrid, 1985.
20. Ibidem, *El discurso como producción grupal y materia prima del análisis y la interpretación está ampliamente discutido en Ibáñez 1986: 65-71*.
21. Ibáñez Jesús. *Más allá de la sociología*. Siglo Veintiuno de España, Editores, S.A. 2a. Edición corregida, Madrid, 1986: 112-132.
22. Ibáñez Jesús. *Más allá de la sociología*. Siglo Veintiuno de España, Editores, S.A. 2a. Edición corregida, Madrid, 1986: 108-109.
23. Ibáñez Jesús. *El regreso del sujeto*. Siglo Veintiuno de España, Editores S.A. Madrid, 1994: 32.
24. Thom René. *Estabilidad estructural y morfogénesis*. Gedesa, Barcelona, 1987.