

Investigación Socio-Antropológica Clásica, Focus Groups y Modelo Causal. Experiencias y reflexiones sobre algunas combinaciones metodológicas innovadoras en Bolivia y Perú

Pierre Lefèvre. Doctor en Sociología de la Unit of Nutrition of the ITM (Tropical Medicine Institute - Antwerp, Belgium)

Charles-Édouard de Suremain. Doctor en Socio-antropología del Nutrition Team of the IRD (Institute of investigation for Development - Montpellier, France).

Emma Rubín de Celis. Doctora en Antropología de la Escuela de Salud Pública y Administración de la Universidad Cayetano Heredia (Lima, Peru).

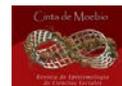
Abstract

The proposal of this article is to present and discuss the methodology applied in the frame of a socio-anthropological research held in Bolivia and Peru on child development and growth. The objectives of the investigation were to study the mother's perceptions (and those of other related caretakers, i.e. fathers) on their child's illness and health. The idea was to: (i) identify and understand the health problems such as perceived by the caretakers; (ii) to identify strategies and therapeutical itineraries within the local health system (hospital, healers, sorcerer); (iii) to analyse the power relations within the family of the children and between the other actors of the system in relation to the child's health. To reach these objectives, an in-depth classical socio-anthropological study was conducted (semi-structured and open interviews, observations) among the health personal (nurses, doctors, local health promoters) and caretakers. But other more innovative tools were also applied during the research process, such as the use of the causal model as a support for focus group discussions. Characteristics, advantages and limits of this tool combination are exposed and discussed in the article, following the questions mentioned above: (i) What are the advantages to use a causal model as a support for a focus group discussion? Which are the difficulties and the necessary adaptations?; (ii) What are the advantages and limits of working with students for this kind of experimentation?; (iii) What are the lessons of this combination for the conduct of an in-depth socio-anthropological study? Under what conditions is it possible to articulate the tools? ; (iv) To what extent is it possible to reproduce this experience?

Key words: child development and growth, causal model, focus group discussions.

Introducción: Los objetivos generales del proyecto (1)

El proyecto de investigación que sustenta este artículo se propone desarrollar y aplicar un enfoque global y comprensivo para la salud del niño menor de cinco años en Bolivia y Perú (2). Este enfoque busca un equilibrio



entre la prevención y los cuidados curativos por un lado y la toma en cuenta del rol de los padres y responsables de la salud del niño (o *caretakers*) por el otro.

El proyecto ambiciona una mayor implicación de los usuarios del sistema de salud y de los profesionales frente a la salud de los niños. Dentro de esta óptica, el rol del personal de salud, de los *caretakers* y su complementariedad, es esencial. Este conjunto de procesos debería permitir mejorar a la vez la calidad, la cobertura y la utilización de los servicios de salud e inducir progresivamente cambios en las prácticas, comportamientos y representaciones con relación a la salud. La puesta en marcha de un enfoque comprensivo, global e integrado debería contribuir a racionalizar las actividades de los servicios de salud destinados a los niños y a incrementar el uso de los servicios por este grupo específico.

En la investigación, se prevé dos fases principales: la una, descriptiva y analítica, comprende una parte socio - antropológica y una parte de salud pública; la otra, una investigación - acción participativa, se definirá sobre la base de la primera.

Lugar y Objetivos del Componente Socio-Antropológico

En este proyecto de investigación, el componente socio - antropológico y el componente salud pública se integran y complementan mutuamente. Sin embargo, en este artículo, sólo nos ocuparemos del componente socio - antropológico.

El componente socio - antropológico se propone estudiar las representaciones y lógicas de la comprensión de la enfermedad y de la salud del niño dentro de varios grupos de actores específicos. La investigación igualmente espera elucidar las relaciones entre esos grupos de actores, es decir, analizar los juegos de poder dentro de los cuales los niños y su salud están al centro. Desde ahí, dos perspectivas son estrechamente complementarias.

La primera perspectiva consiste en el estudio de la salud y de la enfermedad percibido por los *caretakers*, o sea las madres, los padres y los otros «responsables» de la salud del niño (3). Se trata de la identificación y la comprensión de los problemas de salud tal como los viven esos diferentes grupos de actores; se trata igualmente de señalar las estrategias y las respuestas concretas (necesariamente complejas, combinadas y múltiples) de los actores al interior de la red de curación local (el conjunto de los recursos terapéuticos accesibles al enfermo).

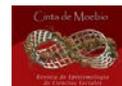
La segunda perspectiva consiste en el estudio específico del grupo del personal de salud que participa en el sistema de salud pública (médicos, enfermeros(as), promotores) y de sus interrelaciones (jerarquías, conflictos, negociaciones, acuerdos, exclusiones, menosprecio) (4). Se trata de descifrar y de analizar los juegos de poder entre estos profesionales de la salud que se dan en torno al ejercicio de su profesión; se trata igualmente de estudiar las consecuencias concretas de esas interrelaciones sobre las percepciones que el personal se tiene de los pacientes y viceversa; se trata entonces de estudiar las relaciones sociales de trabajo y la cultura organizacional en torno a la responsabilidad del cuidado del niño.

La investigación socio - antropológica se ha desarrollado en Bolivia en la periferia urbana de Cochabamba (Chavez Rancho), la tercera ciudad del país, y en la región amazónica y rural del Chapare. En Perú, la investigación tuvo lugar en un barrio marginal y limítrofe de Lima (Independencia) y en un pueblo predominantemente rural (Chocas) del Distrito de Carabayllo, ubicado a unos 50 kilómetros de Lima.

El Lugar de la Investigación Metodológica

En el marco del desarrollo de la investigación el proyecto se ha enriquecido con dos innovaciones metodológicas, hecho que ha sido posible tanto por la naturaleza cualitativa del enfoque conceptual, cuanto por la constitución interdisciplinaria de los investigadores dentro del campo de las ciencias sociales (sociólogos y antropólogos).

Las dos innovaciones metodológicas son las siguientes:



Innovación 1. La primera innovación ha consistido en utilizar la técnica de «discusiones grupales focalizadas» o «Focus Group» para desarrollar el enfoque explicativo conocido como «Modelo Causal». El objetivo específico de esta actividad era el estudio de las diversas explicaciones referentes al proceso de salud y enfermedad del niño que dan los diferentes grupos de actores.

Innovación 2. La segunda innovación ha consistido en combinar el uso de las «discusiones grupales focalizadas» con las técnicas de la Investigación Clásica a fines de comparar y profundizar los resultados de ambas. El objetivo específico de esta actividad era conectar los discursos y las prácticas de los actores y lograr una comprensión global de la salud del niño.

Después de haber brevemente definido y descrito lo que entendemos por Focus Group, Modelo Causal e Investigación Clásica, y expuesto el desarrollo de la investigación nos proponemos articular la discusión en torno a las siguientes preguntas:

Innovación 1. ¿Porqué usar el soporte del Modelo Causal en una discusión grupal focalizada y cuáles son las ventajas de hacerlo?

Innovación 2. ¿Cuáles son las ventajas y los límites del uso de las discusiones grupales focalizadas como complemento de una Investigación Clásica?

Algunas Definiciones Previas: el Focus Group, el Modelo Causal y la Investigación Clásica

El Focus Group

Entendemos el Focus Group como una discusión abierta entre un grupo de personas especialmente seleccionadas (5). La discusión se focaliza sobre un tema específico. La discusión es dirigida por un moderador capacitado para esta técnica. El moderador tiene la habilidad de permitir la discusión libre entre los participantes e introducir preguntas que orienten las intervenciones y generen nuevas preguntas o nuevos aspectos de la temática. En este aspecto, el moderador está atento no sólo a las palabras sino a los gestos u otro tipo de manifestación de reacción de los participantes.

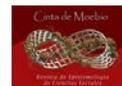
La técnica del Focus Group se fundamenta en los conceptos de grupo social y de dinámica de los grupos. Permite producir un número elevado de informaciones cualitativas pertinentes en un periodo de tiempo relativamente corto y con pocos recursos financieros. Si es puesta en marcha correctamente, esta técnica se revela muy eficiente.

Entonces, el Focus Group no constituye en ningún caso una suma de opiniones individuales. Al contrario, se incita a los participantes a compartir y discutir sus opiniones y sentimientos de manera que eluciden diferencias y profundicen argumentos. En suma, los participantes deben interactuar, intercambiar e influir uno sobre el otro durante la discusión. No todos los participantes dan respuesta a todas las preguntas. Pero sí todos tienen la posibilidad de hacerlo. Incluso son invitados a traducir en respuesta su aprobación o desaprobación de la opinión de otros.

La técnica del Focus Group ha sido desarrollada primero por el sociólogo americano R.K. Merton en 1952. Luego, el marketing comercial y político lo ha vuelto a colocar en el centro de interés como técnica eficiente. En las sociedades industriales, se usan los Focus Group para elaborar proyectos sociales. En los países del Sur, se usan en los proyectos de desarrollo en relación con la salud, particularmente en los que se refieren al control de nacimiento y a los problemas alimenticios del niño.

Nos detendremos ahora un poco sobre algunas recomendaciones técnicas para el uso de los Focus Group.

1. En primer lugar, como número ideal se recomienda que el Focus Group tenga de 7 a 10 participantes y nunca más de 12.



2. Los criterios de selección de los participantes dependen del objetivo del estudio y de las hipótesis iniciales.
3. Es esencial que los participantes sean homogéneos en cuanto a su origen sociocultural y su nivel socioeconómico.
4. También, es preferible que los participantes no se conozcan antes del desarrollo de la discusión.
5. El número de las discusiones sobre un mismo tema y con actores del mismo perfil (madres jóvenes, abuelas) no debe pasar de tres o cuatro, cifra arriba de la cual hay generalmente saturación de la información recolectada. Esta particularidad implica la necesidad de hacer análisis preliminares entre dos discusiones.
6. El Focus Group puede partir de una sola pregunta generadora o puede desarrollarse a partir de una guía de discusión preestablecida y verificada con anterioridad.
7. Se aconseja que la guía contenga de 5 a 10 preguntas como máximo. Estas son abiertas y ordenadas.
8. El moderador debe comenzar con las más generales para terminar con las más específicas y/o sensibles. Para lograr más espontaneidad en la comunicación, el moderador memoriza las preguntas. A fin de poder volver a trabajar sobre las discusiones, se suele gravarlas. Vale notar aquí que las discusiones producen dos tipos de datos: lo que dice la gente, pero también datos de observación sobre los comportamientos y las interacciones de los participantes durante la discusión (risas, sonrisas, molestias, etc.).

El Modelo Causal

Pasamos ahora al Modelo Causal. Para nosotros, un modelo es la representación simplificada de un proceso o de un sistema, y el Modelo Causal es un caso particular de esta figura general. Más precisamente, el Modelo Causal consiste en un conjunto de hipótesis que permite organizar y jerarquizar los factores que juegan un papel potencial en una situación dada. El Modelo Causal se traduce por la representación gráfica de la causalidad de un fenómeno. Permite una comprensión global y sistemática de las causas que se relacionan a este (6).

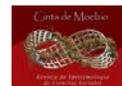
Usado primero en América Latina en los años 70 para efectuar diagnósticos nutricionales, la herramienta ha sido progresivamente perfeccionada y sus reglas de construcción estandarizadas por el nutricionista belga Ivan Beghin y su equipo. El Modelo Causal permite seleccionar las informaciones empíricas requeridas para el diagnóstico, y facilita tanto su análisis como su interpretación. Permite también identificar y seleccionar las intervenciones pertinentes para el desarrollo. La herramienta se emplea también en la evaluación de proyectos de investigación y desarrollo, porque permite descubrir los «factores de confusión», es decir los aspectos de una situación sobre la cual un proyecto no puede tener control o influencia. Se trata de una herramienta de investigación y de acción muy potente a nivel local.

La elaboración de un Modelo Causal obedece a una serie de reglas simples. Elaborado por un equipo multidisciplinario y supervisado por un moderador, implica la participación de varias categorías de actores, los cuales en general se las apropian rápidamente de sus reglas de construcción.

Aunque se trata de una herramienta reconocida en planificación nutricional, el Modelo Causal ha sido muy poco usado para la investigación fundamental, más bien en epidemiología. Ahora bien, bajo ciertas condiciones, las cuales vamos a exponer más adelante, el Modelo Causal puede perfectamente integrarse a un proceso de investigación socio - antropológico sobre las percepciones de la causalidad de un fenómeno.

La «Investigación Clásica»

Esta técnica es ampliamente conocida por lo que aquí, sólo les recordaremos algunos puntos (7). En la medida que la encuesta trata de representaciones, prácticas y de las relaciones entre ambas, ésta requiere la producción de discursos exhaustivos que permitan resaltar los dos niveles de la realidad. Para hacerlo, se han construido guías de



entrevistas detenidas, relativamente libres y abiertas, aunque estructuradas alrededor de los principales temas usados para la investigación (8).

Aquí están los principales temas que se han tratados en la investigación:

Principales temas (generadores de discusión) abordados en la guía de entrevista elaborada por las madres, padres y responsables de niños menores de 5 años

Responsabilidad del niño en general (estructura familiar)
Responsabilidad del niño enfermo (proceso de micro-decisión)
Itinerario terapéutico (estudios de casos)
Percepción del «desarrollo» y del «crecimiento» del niño
Percepción de la cualidad de la atención en los centros de salud
Utilización de plantas medicinales locales
+
Guía de observación sobre las condiciones, modo de vida, hábitat, las actividades económicas, etc.

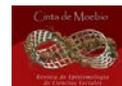
Principales temas (generadores de discusión) abordados en la guía de entrevista elaborada por los profesionales de salud (médicos, enfermeros, promotores)

Itinerarios socio - profesionales
Percepción de los problemas de salud de la población
Evaluación de recursos de salud local
Mejoramiento de salud local
+
Guía de observación sobre la infraestructura, el desarrollo de las consultas, el costo de los tratamientos, la relación profesional / paciente, etc.

Debido a que la investigación está enfocada a comprender la manera como se piensa y se vive cotidianamente la salud y el desarrollo del niño, la entrevista detenida semi -estructurada se ha impuesto como la principal técnica de recolección de datos.

Dentro del proceso de investigación, la observación tuvo un uso complementario, pero esencial, ya que permitió recolectar datos imposibles de reunir de otra forma («ambiente» que reina en un Centro de Salud, comunicación no verbal entre el personal de salud y los enfermos, relaciones entre el cuidador y el niño, etc.) (9).

La estrategia de la encuesta a domicilio y dentro de los centros de salud (en repetidas ocasiones) ha sido elegida para aplicar las entrevistas. Sin embargo, contrariamente a la encuesta a domicilio, la encuesta dentro de las estructuras de salud es mucho menos familiar para los socio - antropólogos. No solamente este medio social y físico ha sido poco estudiado en su perspectiva, sino sobre todo constituye el espacio estrictamente profesional (y no privado) del personal de salud. Las condiciones de encuesta han sido, por tanto, radicalmente cambiadas con relación a la práctica habitual, lo que ya constituye una innovación. Para obtener informaciones detenidas en el marco de un centro de salud, el investigador debe hacer prueba de mucho más discreción y de tacto, todo ello sin



dudar proponer a sus informantes encontrarse fuera del marco de trabajo. La encuesta requiere de adaptaciones, iniciativas y mucho tiempo.

Cabe añadir aquí que, seis meses antes del inicio de la Investigación Clásica, una pre -encuesta había sido llevada en ambos países. Esta pre - encuesta ha permitido:

- Examinar las ventajas de la investigación por «entrevista en profundidad», centradas por una parte sobre las percepciones de los actores y por otra parte sobre las descripciones de prácticas, en lugar de utilizar cuestionarios;
- Confirmar la importancia de la observación como herramienta complementaria a las entrevistas;
- Precisar y determinar para la investigación en profundidad: (i) la elección de la población o de los actores entrevistados (madres, padres, etc.); (ii) la manera de acceso a los entrevistados (visitas a domicilio, al centro de salud, seguimiento de casos); (iii) validar las diferentes guías de entrevista y de observación específicas.
- Seleccionar las estudiantes que han participado en la investigación clásica.

Entre los meses de octubre del 1998 y de febrero del 1999, varias estudiantes -encuestadoras han aplicado sistemáticamente las herramientas (guías de entrevista y de observación) en Perú como en Bolivia. Han procedido por temporada de encuestas sucesivas de unos diez días por mes cada una en las zonas rurales. En las zonas urbanas, se han organizado para ir lo más seguido posible sobre el terreno, teniendo en cuenta las dificultades de una investigación en este medio (menor disponibilidad de la gente, necesidad de tomar citas, etc.).

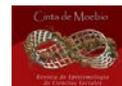
Aquí están el número de entrevistas (cf. Cuadros 1-2) y observaciones (cf. Cuadro 3) realizadas en Bolivia y Perú para la investigación:

Cuadro 1: Número de entrevistas (Bolivia)

Chavez Rancho		Chimore	
Madres	79	Madres	53
Padres	4	Padres	3
"Otros responsables"	4	"Otros responsables"	4
Total	87	Total	60
Médicos	7	Médicos	18
Enfermeras(os)	3	Enfermeras(os)	14
Promotoras(es)	0	Promotoras(es)	5
"Otros"	15	"Otros"	12
Total	25	Total	49

Cuadro 2: Número de entrevistas (Perú)

Entrevistas	Lugar	Fecha	Número
Madres	Independencia	Oct 98-Ene 99	30
Madres	Carabayllo	Nov 98-Ene 99	28



Cuadro 3: Número de observaciones (Bolivia)

Chavez Rancho		Chimore	
Centros de Salud	7	Centros de Salud	8
Domicilio	13	Domicilio*	10
Total	20	Total	18

*Se tratan de observaciones y del croquis detallado del domicilio del entrevistado.

2) Innovación 1. ¿Por qué usar el soporte del Modelo Causal en una discusión grupal focalizada y cuales son las ventajas de hacerlo?

La idea de recurrir al Modelo Causal para estudiar las percepciones de diferentes categorías de actores a través de discusiones grupales focalizadas ligeramente modificadas se inspira en una investigación previa hecha en Filipinas. En ese país, el Modelo Causal había sido construido por un equipo de planificación campesina, supervisado por universitarios, a fin de identificar intervenciones para reducir la polución de un lago utilizado para la pesca. Ahora bien, las causas de la polución del lago puestas en evidencia por todos estos actores se revelaron muy diferentes. De ahí la idea que los Modelo Causal podían permitir estudiar percepciones, bajo la condición de integrarlos a los Focus Group.

Partiendo de esta experiencia, se propuso utilizar el enfoque causal en el marco de Focus Group en Perú y Bolivia, y en complemento de la Investigación Clásica. Esta innovación debía permitir identificar los riesgos específicos corridos por los niños, y las percepciones de su desarrollo, con diferentes categorías de *caretakers* y profesionales de salud.

Sin embargo, en la experiencia peruana y boliviana, es importante recordar: (i) que los Modelo Causal han sido construidos en una perspectiva de investigación y no en una óptica de planificación (Beghin *et al.* 1999); (ii) que el objetivo de los Focus Group era de coleccionar un máximo de información sobre las percepciones de diferentes grupos de actores sobre los riesgos de salud local y el desarrollo del niño; (iii) que la construcción de Modelo Causal no era un objetivo en sí, sino un soporte que permitiera el desarrollo de las discusiones.

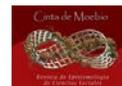
Los objetivos de estos Focus Group ligeramente modificados eran entonces: (i) precisar ciertos temas de investigación para la investigación clásica; (ii) completar en consecuencia las guías de entrevistas y de observación; (iii) permitir a los colegas de salud pública discernir más claramente entre los «riesgos específicos» y los « riesgos percibidos » a los cuales los niños son confrontados en las regiones investigadas.

Los dos cuadros siguientes recapitulan los diferentes tipos de Focus Group realizados en Bolivia (*cf.* 4-5) y en Perú (*cf.* 6-7), con el número de participantes y las fechas.

Cuadros 4-5: Focus Group realizados en Bolivia

Chimore

Grupos	Número de Participantes	Fechas
Madres	17	27 Sept. 98
Enfermeras/Auxiliares	10	27 Sept. 98
Padres	10	28 Sept. 98
Promotores	10	28 Sept. 98



Chavez Rancho

Grupos	Número de Participantes	Fechas
Madres	7	19 Nov 98
Padres	5	26 Nov 98
Enfermeras	10	23 Dic 98

Cuadro 6-7: Focus Group realizados en Perú

Independencia

Grupos	Número de Participantes	Fechas
Promotoras	7	20 Ene 99
Madres	7	23 Feb 99
Padres	3	6 Mar 99
Personal del Centro	14	14 Ago 99

Carabayllo

Grupos	Número de Participantes	Fechas
Madres	15	12 Mar 99
Promotoras	15	15 Mar 99
Personal del Centro	3	30 Mar 99

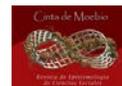
Los datos producidos por esta actividad consisten en discusiones que han sido grabadas y en observaciones complementarias sobre el comportamiento de los participantes. Las discusiones han sido íntegramente transcritas y a veces traducidas (del *quechua* (10) al español). Aunque de manera más parcial, disponemos de esbozos de Modelo Causal realizados por los diferentes grupos.

El Desarrollo de los Focus Group en Bolivia

En Bolivia, los Focus Group con soporte Modelo Causal han sido realizados en el pueblo de Chimore, en la región amazónica del Chapare. Después de dos días de preparación logística y de capacitación del conjunto del equipo (incluyendo las estudiantes) en el método del Modelo Causal, cuatro Focus Group han sido desarrollados uno después del otro. La experiencia ha luego sido reproducida en Chavez Rancho.

Las principales reglas de construcción de los Focus Group han sido respetadas. Se hizo un particular hincapié sobre el criterio de homogeneidad de los grupos y la valorización de los participantes. Los Focus Group han sido organizados en un local de la parroquia y se sirvió una comida abundante al final de la sesión. Se tomaron disposiciones particulares a fin de cuidar a los niños de los participantes. Los Focus Group se han desarrollado en quechua y en español.

La casilla inicial para la construcción de los Modelo Causal era «las causas del malestar y del bienestar de los niños». El Cuadro 8 muestra uno de los cuatro esbozos de Modelo Causal realizados por los participantes durante el Focus Group.



Para poder construir un modelo causal que «tenga sentido» en una lógica de planificación de intervención, el moderador trata de obtener un consenso entre los participantes sobre la causalidad del fenómeno estudiado y vigila que los participantes respeten los «flujos de causalidad clásicos». En el Focus Group que utiliza el Modelo Causal como soporte, hay que dejar, al contrario, una gran libertad a los participantes, porque la construcción del Modelo Causal es en este caso un soporte para el desarrollo de la dinámica de grupo. También, en este caso particular, el moderador tiene que interrumpir la construcción del Modelo Causal cuando tengan lugar discusiones pertinentes para la investigación. Sólo cuando las discusiones se prolongan en vano, él hace volver al grupo hacia la construcción del Modelo Causal.

El objetivo de este artículo no es proporcionarles los resultados exhaustivos de los Focus Group desarrollados en Bolivia y Perú. Sin embargo, recordemos que el análisis de las transcripciones de las discusiones, el análisis de las observaciones tomadas sobre el comportamiento de los participantes y el análisis de los esbozos de Modelo Causal bolivianos ha permitido obtener una valiosa información tanto sobre los síntomas percibidos del malestar del niño como sobre la etiología local de diversas enfermedades. La confusión entre enfermedades, síntomas y causas ha surgido también entre los grupos de padres y madres. El ejemplo de la anemia que es a la vez una causa y un síntoma es elocuente: la gente dice que «el niño que duerme durante el día es anémico». También se expresaron riesgos específicos a los cuales son confrontados los niños: se trata de los conflictos ligados a la erradicación de la coca, de los cambios de clima (llamados *surazos*), de los incendios forestales, del consumo de frutos «demasiado verdes o calientes», etc.

A pesar de las dificultades encontradas, podemos recordar que el hecho de haber desarrollado el Modelo Causal como soporte ha sido una experiencia constructiva tanto en Bolivia como en Perú, esto por varias razones.

Primera razón. Permite a los participantes implicarse fuertemente en el problema propuesto, olvidando así la situación inevitablemente «artificial» y de «observados» en la cual están inmersos, aun cuando el papel del moderador consiste en atenuar esta situación.

Segunda razón. El moderador puede servirse de la herramienta Modelo Causal construida por los participantes para orientar ciertas discusiones, por ejemplo pidiéndoles volver sobre el contenido de ciertas casillas.

Pero si el soporte Modelo Causal presenta ventajas, este presenta también algunos inconvenientes.

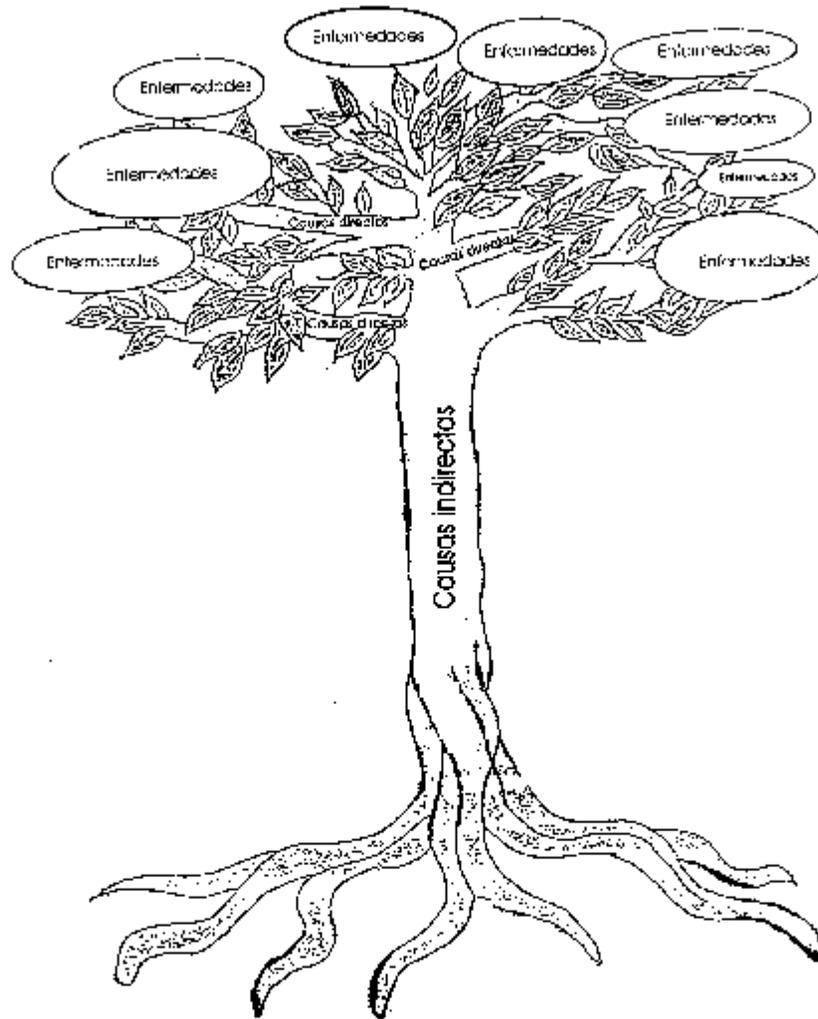
Este tipo de sesiones exige mucho tiempo: cuando un Focus Group clásico dura entre una a dos horas, es necesario contar entre tres a cuatro horas para el buen desarrollo de un Focus Group con soporte Modelo Causal.

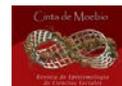
Otro inconveniente, el moderador debe dominar muy bien las dos técnicas.

Por otro lado, la técnica de construcción del Modelo Causal debe ser adaptada al nivel de educación de los participantes. La figura del árbol desarrollada por el equipo de investigación peruano constituye una buena ilustración de adaptación posible.



Figura del Arbol elaborado por el Equipo Peruano





En fin, el análisis de los datos producidos muestra que el soporte Modelo Causal se ha revelado útil para generar información relativa a las causas percibidas de ciertas enfermedades infantiles. Sobre otros temas más generales, como la percepción del desarrollo del niño, la información producida por un Focus Group clásico habría sido sin duda de la misma calidad, si no superior.

Recomendamos entonces recurrir al Focus Group con soporte Modelo Causal cuando el tema de investigación esté directamente en relación con una investigación sobre casualidades percibidas.

3. Innovación 2. ¿Cuáles son las ventajas y los límites del uso de las discusiones grupales focalizadas como complemento de una Investigación Clásica?

Al recurrir a Focus Group sobre las percepciones del desarrollo del niño y los riesgos asociados con varias categorías de *caretakers* y profesionales de salud, nuestra intención era la siguiente: desde el inicio de la investigación, se trataba obtener información útil para el componente socio - antropológico e identificar ciertos temas que se profundizarían en el marco de la Investigación Clásica.

Si bien el conjunto de los equipos estaba de acuerdo con este procedimiento, varios constreñimientos han inducido algunos cambios en el calendario: mientras que, en Bolivia, los Focus Group se han desarrollado al inicio de la Investigación Clásica, estos han sido organizados al final de la Investigación Clásica en el Perú.

3.1 La Experiencia Boliviana

Hablaremos primero de la experiencia boliviana. De acuerdo con nuestras expectativas, algunos aspectos de las guías de entrevista han sido precisados y otros añadidos después de los Focus Group.

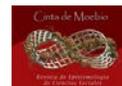
Por ejemplo, en todas las discusiones, la percepción de las enfermedades infantiles - según sean 'calientes' o 'frías' - ha sido recurrente y explícita. Cierto, se sabe que las categorías de lo caliente y de lo frío son centrales en los sistemas nosológicos andinos. Pero, esta importancia había sido despreciada por ideas preconcebidas de parte de nosotros sobre el carácter urbano o fuertemente mestizo de las zonas de investigación.

Mencionamos otro ejemplo de mejoramiento de las guías de entrevista. En los Focus Group con el personal de salud, han aparecido varios actores hacia los cuales se dirigen los *caretakers*, pero que no habían sido nombrados antes: se trata de los herboristas, naturistas, adivinos, brujos y pastores evangelistas, los cuales se integran plenamente a los recursos de salud locales e influyen directamente sobre la salud del niño. Desde allí, la Investigación Clásica se ha dirigido también hacia estos actores no identificados al inicio. En consecuencia, otras guías de entrevista tuvieron que ser elaboradas.

Otro ejemplo, el tema de la desigualdad de la distribución alimenticia dentro de la familia entre varones y mujeres y sus incidencias percibidas sobre la salud del niño ha sido fuertemente mencionado por las madres. Si este tema no ha sido completamente tratado durante la Investigación Clásica, sin embargo fue abordado.

Ultimo ejemplo boliviano, tuvimos que tomar en cuenta las numerosas actividades agrícolas evocadas por los hombres y la importancia de la migración para introducir preguntas más finas sobre las variaciones en cuanto a la composición de la familia y sus recursos económicos.

De una manera u otra, el desarrollo de los Focus Group antes del inicio de la Investigación Clásica habrá permitido reajustar ésta, precisando ciertos temas e identificando ciertos actores importantes. Conviene decir aquí que los temas e actores identificados al instante no habían sido mencionados de manera tan explícita durante la pre-encuesta. Mirándolo bien, podemos decir que la pre-encuesta podría haber sido llevada después del desarrollo de los Focus Group (11).



3.2. La Experiencia Peruana

En el Perú, los Focus Group han tenido lugar una vez terminada la Investigación Clásica. Pero este desenlace ha permitido proporcionar informaciones complementarias sobre diversos puntos apenas tocados hasta ahora. Los Focus Group han permitido también volver a estudiar ciertas creencias y prácticas identificadas durante las entrevistas, y precisar muy bien sus causas percibidas. Además, un Modelo Causal basándose en las discusiones ha sido utilizado de manera mucho más sistemática que en Bolivia. Y esta innovación peruana hace resaltar muy claramente distinciones profundas en cuanto a las percepciones de los profesionales de salud y de las poblaciones sobre las causas percibidas de las enfermedades infantiles.

Por ejemplo, el famoso 'descuido maternal' es un comportamiento que, según las madres, no tiene nada que ver con el desarrollo del niño. En cambio, se trata de una causa fundamental de parte de los profesionales de salud.

Es el mismo proceso en cuanto a la 'malnutrición': para las madres, este estado es provocado por la presencia de parásitos, el consumo de dulces y el *susto*, así como también por una «mala alimentación».

La importancia del *susto* como 'enfermedad' y causa de diversas enfermedades infantiles es recurrente en las discusiones con los *caretakers*. Partiendo de las informaciones contenidas en las entrevistas individuales, ha sido mucho más fácil para los moderadores de los Focus Group volver a esta noción y precisar su contorno. En las entrevistas individuales, el *susto* aparece únicamente como síntoma pero luego de los Focus Group se descubre como una enfermedad reconocida cuyos síntomas son generalmente una extrema agitación durante el sueño y un estado depresivo y amorfo durante el día. También, tener *susto* no tiene nada que ver con la higiene, sino con circunstancias o eventos espantosos a los que el niño asistió o a accidentes y que en consecuencia han separado el alma de su cuerpo. En otras palabras, lo que es un síntoma exterior de parte de los médicos es, en la lógica del *susto*, el índice de algo mucho más profundo que los familiares del niño tienen que interpretar para acabar con él.

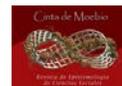
El Focus Group después de la entrevista permitió también conocer la coexistencia de explicaciones que devienen de la lógica tradicional y de la ciencia médica. Esta coexistencia es el fruto del contacto de la población con el personal de salud. Esta experiencia permitió descubrir la transformación que se produce de los mensajes de la medicina oficial en las representaciones sociales de los *caretakers*.

El desarrollo de Focus Group al final de la Investigación Clásica ha permitido también volver sobre las fronteras que las madres perciben entre el estado normal y patológico del niño: sus actitudes, sus reacciones, las influencias que definen sus primeras conductas. Por su lado, los profesionales de salud subrayan antes que nada los factores referidos a las conductas de los cuidadores (higiene, descuido, ignorancia) o factores externos como el nivel económico o del medio ambiente (clima).

3.3. Especificidad y complementariedad de la información proporcionada por los Focus Group y la Investigación Clásica

A nuestro entender, no existe ningún estudio comparativo sobre los resultados de una investigación obtenidos por la técnica del Focus Group y de la Investigación Clásica. Entonces, para contestar más precisamente a la pregunta de saber: ¿Cuáles son las ventajas y los límites del uso de las discusiones grupales focalizadas como complemento de una Investigación Clásica?, tendríamos que repetir la experiencia.

Sin embargo, podemos subrayar el hecho siguiente: si ciertos datos sobre las percepciones de la enfermedad del niño pueden confirmarse y ser obtenidas igualmente con el Focus Group y la Investigación Clásica, otros datos son irreductibles. Tal es el caso, por ejemplo, de los datos relacionados con las estrategias individuales de los actores y que deben relacionarse necesariamente con su historia y cuadro de vida para entender todas las dimensiones de su significado. Ahora bien, como lo hemos dicho antes, el Focus Group no consiste en una serie de entrevistas



individuales y este tipo de datos biográficos, sensibles y subjetivos pueden difícilmente salir de este tipo de ejercicio.

Esta irreductibilidad se expresa más particularmente a propósito de los itinerarios terapéuticos: en el transcurso de un Focus Group, los participantes jamás van a reconstituir abiertamente y con todo el detalle las etapas que les han conducido a elegir una o más terapias para enfrentar la enfermedad; jamás revelarán en público las vacilaciones, las tensiones, los compromisos que implican estas tomas de decisiones sucesivas en el seno de su familia. Para lograr este nivel de precisión y de información, el cual es el centro de nuestras preocupaciones, es necesario usar la entrevista detenida y, por supuesto, la observación rigurosa de las prácticas concretas.

Otro punto de importancia es que el número de preguntas que se puede abordar es limitado por definición. A menos de multiplicar mucho el número de discusiones, es generalmente imposible cubrir la totalidad de los temas de investigación con esta técnica. De allí, una vez más, la importancia de las entrevistas.

En otras palabras, la entrevista y la observación, o sea el cotejo del discurso y de la práctica, hace resaltar datos que el Focus Group no puede proporcionar solo. Entonces, los Focus Group no reemplazan la Investigación Clásica, y *viceversa*. De su lado, los Focus Group confirman y precisan ciertos datos, y permiten focalizar más la Investigación Clásica. Se trata de herramientas que a veces proporcionan la misma información o que la confirman a menudo. Pero están sobre todo destinadas a complementarse.

De manera general, los Focus Group han confirmado numerosos resultados obtenidos por las entrevistas. Es así el caso de: (i) la responsabilidad esencial de la madre con relación al niño sano y enfermo; (ii) la poca implicación del padre pero su papel fundamental a nivel de las decisiones económicas; (iii) la importancia de la medicina casera como primer recurso en numerosos itinerarios terapéuticos; (iv) la percepción negativa de los centros de salud y del personal de parte de los *caretakers*.

4. Conclusiones

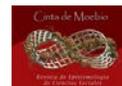
Nuestra intención no es defender en absoluto las corrientes metodológicas de moda, más particularmente los conjuntos heteróclitos de técnicas (de tipo MARP o PRA) (12) muchas veces antiguas y a veces presentadas como nuevos paradigmas metodológicos que se pretenden sustituir a la Investigación socio - antropológica Clásica. Pensamos al contrario que la Investigación Clásica sigue siendo el método más apropiado para la mayor parte de las situaciones y constituye la piedra angular a partir de la cual toda investigación sería debe articularse. En efecto, sólo la Investigación Clásica y sus herramientas permiten hacer la relación entre el nivel de la práctica y del discurso, entre lo real y el campo de las percepciones, y, finalmente, de restituir los fenómenos en un contexto sociocultural más global.

En realidad, es cuando el objeto de investigación es muy focalizado (por ejemplo las percepciones del cuidado de los enfermos que sufren de hipertensión arterial por parte de sus familiares) o cuando la descripción del contexto global es de un interés relativamente secundario que se puede considerar la posibilidad de usar sólo Focus Group.

No obstante, se conocen bien las coacciones de la investigación clásica: ésta requiere tiempo, dinero, la disponibilidad de los investigadores y la aceptación de estos por las poblaciones. Ahora bien, estas coacciones pueden volverse muy «limitantes» cuando la investigación socio - antropológica se efectúa en el marco de proyectos de desarrollo operativos. Entonces, en vez de huir del problema y de refugiarse en su torre de marfil metodológica, pensamos que los socio - antropólogos comprometidos en investigaciones ligadas al desarrollo deben aceptar el reto y proponer soluciones.

Entonces, ¿qué frutos sacar de estas innovaciones bolivianas y peruanas desde el punto de vista metodológico?

Como lo intentamos comprobar, el uso del Focus Group (con o sin Modelo Causal) puede ser un gran socorro. Si tiene lugar al inicio de la investigación, el Focus Group permite la orientación de la investigación clásica en



direcciones precisas. Si tiene lugar después de la investigación clásica, permite profundizar, precisar y ampliar rápidamente la información sobre puntos precisos, lo que evita otra investigación siempre difícil de poner en marcha. En ambos casos, la eficiencia global de la investigación (en otras palabras la relación «costo / calidad») se acrecienta. Además, el uso de los Focus Group permite aumentar la «validez interna» de los resultados obtenidos por el enfoque socio-antropológico clásico, en todo caso para los temas que han sido abordados con las dos técnicas. El ideal sería obviamente desarrollar los Focus Group antes y después de la ejecución de la investigación clásica. Estos Focus Group podrían también desarrollarse antes de la pre-encuesta cuyo objetivo es validar las guías de entrevista y de observación. En todo caso, sin embargo, la complementariedad de las técnicas es constructiva sólo si investigadores muy bien capacitados aplican las herramientas con mucha seriedad.

Si nosotros no recomendamos el uso exclusivo y aislado del Focus Group, no aconsejamos tampoco usar sistemáticamente el Modelo Causal dentro del Focus Group. A la manera de fotografías de niños malnutridos para reanudar las discusiones, su uso se justifica sólo en casos precisos de estudios sobre la percepción de la causalidad de un fenómeno dado. Sin embargo, aún en este caso, la técnica resulta 'pesada' para ponerla en marcha. Puede ser utilizada bajo ciertas condiciones, como la gran disponibilidad de los participantes y la dominación perfecta de la herramienta de parte del moderador.

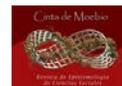
Más allá de estas consideraciones metodológicas, podemos recordar también que el uso de diferentes técnicas de investigación plantea varios problemas. Para el desarrollo de un Focus Group, el aspecto logístico y financiero tiene que ser tomado en consideración. Reunir a los participantes exige a menudo un vehículo, la preparación de una comida y un *per diem*. Se requiere además que el ejercicio sea socialmente «aceptable» para los participantes, por ejemplo, que los maridos estén de acuerdo en que sus esposas participen en estos tipos de actividades. En Perú, una madre participó en un Focus Group de hombres, porque su esposo no había podido venir. Pero, antes explico que su marido le había indicado que explicara que ella hablaría en su nombre.

Otro punto de importancia: cuando se desarrollan simultáneamente investigaciones complementarias, es esencial que los investigadores devuelvan, por lo menos oralmente, la información concerniente a la población y explicarle bien el sentido y la «utilidad» de todas estas actividades. Dicha devolución, deontológicamente inevitable, cuesta tiempo y dinero. Pero permite también una validación de las informaciones recolectadas, es decir un enriquecimiento de éstas.

Finalmente, en las ciencias sociales, no hay «buenos métodos» *a priori* en absoluto, sino sólo métodos que permiten responder más o menos adecuadamente las preguntas de investigación en un conjunto de coacciones de terreno concretas. Recordamos finalmente lo que Claude Levi-Strauss decía hace más de 30 años, a saber que los métodos de la antropología consisten en un tipo de «bricolaje o chapucería» que sólo tiene sentido con relación a la luz que permite echar sobre los datos.

Notas

- (1) Se trata de un proyecto de investigación financiado por la comunidad europea (*Health sector reform: towards a more global approach of child health* [nº IC18-CT97-0249(DG12-WRCA)]).
- (2) Este texto es la versión modificada de una comunicación oral presentada por los autores en el simposium «metodologías de la investigación social» del XXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS) en Concepción (Chile, Octubre del 1999).
- (3) Entre las numerosas fuentes en socio-antropología de la salud, se puede citar a Young (1982), Zemleni (1985), Augè (1986), Augè y Herzlich ed. ([1984] 1994), Jaffrè y Olivier de Sardan ed. (1999). El tema de la salud del niño es más específico: cf. Rabain (1979), Meer (1987), Bonnet (1988), Lallemand (1997), Lestage (1987, 1999).
- (4) Sobre el tema, véase también los trabajos de Hours en Cameroun (1985 y 1992) y Berche (1998) en Mali.
- (5) Sobre la técnica del Focus Group, cf. Krueger (1988), Dawson *et al.* (1992), Adrian *et al.* (1993).
- (6) Sobre la técnica del Modelo Causal, cf. Beghin *et al.* (1988).
- (7) Entre otros, cf. Pelto y Pelto (1970); Cresswell ed. (1975); Cresswell y Godelier (1976); Sanjek ed. (1990); Albarello *et al.* (1995); Copans (1996).



- (8) Cf. Blanchet y Gotman (1992), Kauffmann (1996), Beaud y Weber (1997) sobre las técnicas de entrevista.
- (9) Sobre las técnicas de observación, cf. Patton (1990) y Arborio y Fournier (1999). En cuanto a la descripción etnográfica, cf. Laplantine (1996).
- (10) Los Quechua (con los Aymara) constituyen un grupo lingüístico amerindio del altiplano boliviano y peruano. Representa aproximadamente 20% de la población boliviana.
- (11) Los Focus Group han tenido otros efectos positivos sobre el desarrollo de la investigación: han facilitado el acceso al terreno a las estudiantes-encuestadoras y han permitido, particularmente en el Chapare, la sensibilización de ciertos actores a la fase operativa del proyecto. Algunos temas identificados durante los Focus Group han motivado también investigaciones detenidas complementarias.
- (12) MARP : Método Acelerado de Investigación Participativa (*Méthode Accélérée de Recherche Participative*) ; PRA : Evaluación Rural Participativa (*Participatory Rural Appraisal*).

Bibliografía

- Albarelo, L., Digneffe, F y Hieraux, J. -P et al (ed.) (1995) *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Armand Colin. Paris
- Andrien, M., Monoyer, M., Phillipet, C y Vierset, V. (1993) «le groupe focalisé » en *Education Santé*, 77: 3-9.
- Arborio, A. M., y Fournier, P. (1999) *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe*. Nathan Université "collection 128". Paris.
- Augé, M. (1986) «L'anthropologie de la maladie», *L'Homme*, 97-98: 77-88.
- Augé, M. y Herzlich, Cl. (ed.) (1984) *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Editions des Archives Contemporaines. Paris.
- Beaud, S. y Weber, F. (1997) *Guide de l'enquête de terrain*. La Découverte. Paris.
- Beghin, I., Cap, M y Dujardin, B. (1988) *A guide to nutritional assessment*. World Health Organization. Geneva.
- Berche, T. (1998) *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Karthala. Paris.
- Blanchet, A y Gotman, A. (1992) *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Nathan Université. Paris.
- Bonnet, D. (1988) *Corps biologique, corps social. ProcrÈation et maladies de l'enfant en pays mossi*. ORSTOM. Paris.
- Copans, J. (1996) *L'enquête ethnologique de terrain*. Nathan Université. Paris.
- Creswell, R (ed.) (1975) *Éléments d'ethnologie. 1 - Huit terrains; 2 - Six approches*. Armand Colin. Paris.
- Creswell, R y Godelier, M (ed.) (1976) *Outils d'enquêtes et d'analyses anthropologiques*. François Maspéro. Paris.
- Dawson, S., Mandeson, L., y Tallo V., L. (1992) *Le manuel des groupes focaux: méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales n°1*. PNUD / Banque Mondiale / OMS. International Institute for Environment and Development. Boston.
- Hours, B. (1985) *L' état sorcier. Sanè publique et société au Cameroun*. L'Harmattan. Paris.
- Hours, B. (1992) «La santé publique entre soins de santé primaires et management», *Cahiers des sciences humaines*, (28)1: 123-140.
- Jaffrè, Y., y Oliver de Saardan, J. P. (ed.) (1999) *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*. Presses Universitaires de France. Paris.



-
- Kaufmann, J. C. (1996) *L'entretien compréhensif*. Nathan Université. Paris.
- Krueger, R. (1988) *Focus groups. A practical guide for applied research*. Sage Publications. Beverly Hills.
- Lallemand, S. (1997) «Enfances d'ailleurs, approche anthropologique» in *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* (M. Guidetti S. Lallemand & M.-F. Morel, ed.) : 7-57. Armand Colin. Paris.
- Laplantine, F. (1996) *La description ethnographique*. Nathan Université. Paris.
- Lestage, F. (1987) «La pathologie du semblable † propos d'une maladie infantile des Andes péruviennes : la mipa», *Bulletin d'ethnomédecine*, 38: 3-29.
- Lestage, F. (1999) *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*. L'Harmattan. Paris.
- Pelto, P. J., y Pelto, G. H. (1970) *Anthropological research. The structure of inquiry*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Sanjek, R. (ed.) (1990) *Fieldnotes. The making of anthropology*. Ithaca : Cornell University Press.
- Young, A. (1982) «The anthropology of illness and sickness», *Annual review of anthropology*, 11: 257-285.
- Zempleni, A. (1985) «La "maladie" et ses "causes"», *L'Ethnographie*, 2: 13-44.