

Tema IV

Comunicación social en la atención primaria de salud

Introducción

Cuando se habla de comunicación social en la atención primaria de salud, necesariamente hay que referirse a la promoción. Ésta implica dotar a las personas de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. Para el logro de estos propósitos, es necesario que las personas y los grupos de población puedan identificar, así como satisfacer sus necesidades básicas y realizar las transformaciones necesarias en su entorno. La salud debe percibirse no solamente como una meta a alcanzar sino también como una fuente cotidiana de felicidad. La promoción de la salud, por tanto, no es dominio exclusivo del sector salud.¹

La Organización Panamericana de la Salud ha definido la promoción de la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población en el contexto de su vida cotidiana.

La piedra angular donde se asienta la promoción de la salud es toda acción social que vaya encaminada a lograr salud. La acción social intenta crear y robustecer permanentemente las condiciones que posibiliten a la población adoptar decisiones maduras en materia de salud, alentarlas a vivir una vida saludable y hacer de la salud un recurso valioso. La base del conocimiento y las habilidades que facilitan a la persona, a la familia y a la comunidad para desplegar conductas adecuadas en materia de salud son fundamentalmente: la educación y la información. Es por tanto imprescindible capacitar a los grupos poblacionales para que participen en cada una de las etapas del proceso: desde la planificación hasta la evaluación de la satisfacción.²

La comunicación cumple una función imprescindible en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Comunicarse con eficiencia es una tarea ardua que requiere aprendizaje, destreza y motivación. Múltiples enfermedades, entre ellas el cáncer y el SIDA, pueden tener muchos tipos de respuesta en función de las características de personalidad, de los valores del grupo, del nivel de conocimientos, así como de los recursos disponibles.

La información pública y la educación para la salud se concentran esencialmente en:

¹ Carta de Ottawa, Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, OMS, Ottawa, 1986.

² OMS. A Call for Action: Promoting Health in Developing Countries. Grupo de Trabajo sobre Promoción de la Salud en los Países en Desarrollo, Vol.18(1)5-15 (Primavera de 1991).

³ OPS Programa General de Trabajo para el período 1990-95.

1. Mediar para convencer a los grupos políticos, administrativos y profesionales de que la inversión en materia de salud tiene sentido económico, es un elemento de éxito político que atrae la atención popular y un imperativo social.
2. Desarrollar y fortalecer los grupos comunitarios organizados para que se involucren activamente en el mejoramiento de la salud.
3. Informar al público y atraer la participación de las personas en programas de salud específicos, promoviendo al mismo tiempo una vida sana.

Para realizar todo ello se requiere colaboración intersectorial, en particular para el fortalecimiento de la educación en salud de los niños en edad escolar, y la movilización de todos los recursos disponibles de la comunidad.³

Programas de Comunicación Social

Los programas de comunicación en salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar. El secreto de emplear comunicaciones en salud con efectividad reside en identificar los medios apropiados, el mensaje y la audiencia a la que se dirige, para ayudar a resolver un problema específico de salud. También consiste en saber cómo ubicar un programa de comunicación en salud en el contexto más amplio de la promoción.

No obstante, hay que tomar en consideración que los programas de comunicación por sí mismos, sin el apoyo de otros servicios, no son suficientes. Por tanto, la comunicación debe ser incluida como un componente más en los programas diseñados para resolver un problema de salud.

Los programas de comunicación social en salud pueden:

1. Aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones.
2. Influir sobre las actitudes para apoyar la acción personal o colectiva.
3. Demostrar o ejemplificar habilidades.
4. Incrementar la demanda de los servicios de salud.
5. Reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas.

La aceptación de un mensaje de salud o la adopción de una conducta, está en proporción directa a que la audiencia:

1. Lo valore como positivo y útil.
2. Piense que satisface sus necesidades y valores.
3. Lo encuentre fácil de comprender y de poner en marcha.
4. Sienta que el resultado de su puesta en práctica es aceptada y valorada positivamente por el colectivo.

Para que esto sea efectivo, es menester que primeramente haya una comunicación cara a cara por parte de los líderes informales de la comunidad y después, la misma sea reforzada por los medios de comunicación masivos. Esto es lo que se conoce

como la teoría de las 2 etapas.

Una vez hecho esto, es menester evaluar el programa de comunicación. Para ello es necesario emplear técnicas objetivas de análisis de datos que posibiliten:

1. Mejorar las técnicas empleadas.
2. Medir el grado en que se produjo el cambio propuesto.
3. Identificar los elementos del programa que no funcionaron.

Proceso de Comunicación en Salud

Para que realmente se produzca un proceso de comunicación social en salud es imprescindible que la comunidad esté involucrada en ese desarrollo. Ello significa que los participantes no solamente deben cumplimentar acciones, sino ser sujetos de la propia acción.

Métodos participativos

A mediados de la década de los 90 tuvo un gran auge la estrategia de los métodos participativos, estas experiencias demostraron que la participación de la población requiere un desarrollo sistematizado sobre la base de una clara y definida metodología. Ello reveló 3 aspectos clave: los aspectos iniciales que se deben preguntar para promover la participación en un contexto específico; los principios básicos que guiarán la promoción a la participación y una aproximación inicial.⁴

Participación: los aspectos iniciales

Es de importancia capital que todos aquellos que van a comprometerse para promover un desarrollo participativo conozcan y examinen el contexto cultural en el que va tener lugar la participación, ya que ésta no se produce en el vacío.

En los estadios iniciales del diseño del proyecto, debe quedar bien claro que la participación no necesariamente debe seguir una estructura predeterminada o una dirección lineal. La participación debe constituir un proceso intrínseco al desarrollo del proyecto y no simplemente una actividad que se emplea de tiempo en tiempo para provocar determinados beneficios.

No es lo mismo “participar en el desarrollo” que “desarrollo participativo”. Debe siempre buscarse un involucramiento real y auténtico de la población.

Principios básicos para la promoción del desarrollo participativo

⁴ “Community involving in health development: a review of the concept and practice”, Public Health in Action, No. 5, Centre for Development Studies, Univ. of Wales, WHO, Geneva, 1999.

Protagonismo popular. Los intereses del pueblo deben presidir siempre la totalidad del curso del proyecto.

Conocimiento y destrezas de la población. Un proyecto que no tome en consideración estos aspectos, estará condenado al fracaso.

Autonomía. Es importante optimizar la función que desempeña la población en el desarrollo del proyecto y abstenerse de la tendencia de ejercer constantemente un control absoluto por parte de los directores del proyecto que limiten la capacidad de creatividad que surge de la población misma.

Acciones locales más que respuestas locales. Debe alentarse a la población protagonista del proyecto a que tome sus propias decisiones y lleve a cabo acciones en consecuencia, en lugar de dejar que respondan pasivamente a las iniciativas propuestas por los demás. Mientras más iniciativas locales, mayor sentimiento de pertenencia de sus integrantes con el proyecto.

Propiciar cierta espontaneidad en la dirección del proyecto. Esto implica la posibilidad de que la propia población local juegue un papel cada vez mayor en asumir sus propias responsabilidades, más que “cumplimentar” pasivamente lo que se le dicta. De esta forma se estará propiciando que la misma sea sujeto de la acción y no solamente objeto.

Aproximación inicial

Uno de los aspectos centrales de cualquier proceso participativo es sentar las bases para establecer una relación entre la comunidad y aquéllos que estarán involucrados en el proyecto. Deberá establecerse lo siguiente:

1. Seleccionar una comunidad determinada.
2. Obtener su aprobación para “entrar” en ella.
3. Conocerla y despertar expectativas con respecto al proyecto.
4. Establecer una estructura representativa para dirigir el proyecto.
5. Sentar las bases para la participación comunitaria.

El elemento fundamental para el desarrollo exitoso del proyecto radica en que la comunidad en cuestión se involucre cognoscitiva, afectiva y conductualmente en el mismo, o sea, se identifique con los objetivos que se persiguen y haga suyo el proyecto de comunicación social en salud.

Aspectos del desarrollo de los Programas de Comunicación Social en Salud

Planificación

Información previa

La información previa implica: a quiénes va dirigido el programa, cuáles son los problemas, las creencias y conductas comunes de la comunidad sobre el proceso

salud-enfermedad, lo que las personas desean conocer y los nuevos conceptos que van a ser comunicados.

Definición del problema de salud

Qué ocurre, dónde y desde cuándo, a quién o a quiénes afecta, cuáles son las presuntas causas y sus efectos.

Fuentes de Información

Público principal: son aquellas personas afectadas por el problema, las que respondan mejor a los intentos por cambiar las conductas y las personas a las que pueda llevarse el mensaje con mayor facilidad.

Público secundario: otras personas que pueden ayudar a descubrir modos de influir sobre el público principal (líderes formales y no formales, encargados de formular las políticas y el personal de salud).

Informadores clave: personas que dentro de la comunidad, pueden auxiliar a los investigadores a diseñar y aplicar el Programa de Comunicación en Salud.

Aliados: familiares, personal de salud y otros, que puedan apoyar y ayudar a la solución de problemas.

Nuevas conductas a adoptar

Conducta ideal: es aquella que se considera óptima desde el punto de vista del proceso salud-enfermedad. Por lo general es en la que primero se piensa como “la mejor opción” y que usualmente es inalcanzable por ser tan perfecta.

Conducta actual: es la que se viene realizando.

Conducta factible: es aquella que es realmente alcanzable.

Factores que influyen en el cambio de conducta

1. Los resultados que se esperan como resultado del cambio de conducta.
2. El compromiso de adoptar una nueva manera de actuar.
3. La autoimagen, pues el nuevo comportamiento tiene que ser congruente con la autoestima del sujeto.
4. Conocimientos. Debe tenerse un conjunto de conocimientos imprescindibles para el cambio.
5. Estar convencido de que se puede adoptar una nueva conducta.
6. Factores afectivos, tanto positivos (placer, entusiasmo) como negativos (pesimismo, astenia) que se van a producir como resultado de la adopción de la nueva conducta.
7. Expectativa social. Asumir una nueva conducta o dejar de hacerlo, implica un replanteo en cuanto a lo nuevo. Las personas pueden preguntarse: ¿lo estaremos haciendo bien? ¿será esto lo que esperan los demás que hagamos? ¿será adecuado

y correcto la forma en que hemos cambiado?

Etapas en la adopción de nuevas conductas o comportamientos de salud

1. Reconocimiento del problema. Aceptar que la manera en que se vienen haciendo las cosas es incorrecta o insuficiente. A esto es a lo que se le llama toma de conciencia.
2. Aceptar que el problema tiene solución. Es decir, convencimiento.
3. Tratar el problema en profundidad, o reflexión.
4. Voluntad dirigida para actuar o acometer el problema. Decisión.
5. Puesta en marcha de la nueva conducta o comportamiento. Actuación.
6. Controlar, evaluar y mantener la conducta. Reforzamiento.

Tipos de investigación

Investigación cuantitativa. Busca información fundamentalmente acerca de dimensiones limitadas susceptibles de ser medidas objetivamente. En este sentido alude a la escala y la amplitud de los sucesos. Ejemplo: frecuencia, número, dimensiones, conducta, etc. Sus principales características son:

1. Intenta determinar la cantidad y las relaciones entre las variables.
2. Facilita el empleo de estadígrafos.
3. Posibilita generalizar los resultados a otros universos poblacionales.
4. Utiliza grandes muestras o universos de población tomadas al azar, por selección, etc.
5. Asocia y argumenta acontecimientos cuantitativos (por Ej., conductas) con cualitativos (por Ej., sentimientos).
6. Está centrada en los resultados.

Investigación cualitativa. Pesquisa, circunstancias no tan susceptibles de ser medidas, cuantificadas u observadas a simple vista. Ejemplo: sentimientos, actitudes, emociones, valores, etc.

1. Posibilita indagar con profundidad en relación con acontecimientos, temas, etc. y obtener información directa de la fuente.
2. Le interesa buscar el porqué.
3. Permite volver una y otra vez de manera informal sobre el objetivo a alcanzar.
4. Facilita una relación directa entre quien ofrece el servicio y el que lo recibe.
5. Allega datos acerca de aspectos sutiles y detalles, tales como sentimientos, actitudes, conducta extraverbal, emociones, factores estresantes, etc.
6. Se plantean objetivos muy específicos y emplea muestras pequeñas.
7. Está centrada en el proceso.

Investigación cuantitativa. Deviene en un procedimiento mixto en que se

lleva a efecto de manera combinada los 2 tipos anteriores de investigación. Ejemplo: frecuencia de divorcios y sentimientos que acompañan a éstos.

Metas y Objetivos

Meta General. En este caso se refiere al Programa de Comunicación en Salud en el sentido del efecto genérico que se espera del conjunto de actividades que comprende. Por ejemplo, el efecto en los índices de mortalidad y morbilidad.

El Objetivo del Programa. Éste define el resultado específico que se espera y al que contribuirá la estrategia de comunicación. Ejemplo: incrementar los índices de vacunación.

Objetivo de la comunicación. Alude al cambio que se espera en el público respecto a su estado de salud, conducta, conocimiento, actitud o proceso, como resultado de la estrategia de comunicación. Ejemplo: que las madres conozcan el número total de visitas que necesitan hacer al consultorio para cumplir el esquema de vacunación.

Este objetivo indica la manera en que se espera que el público cambie:

1. ¿Qué se va a abordar?
2. ¿Hasta qué punto?
3. ¿Durante cuánto tiempo?

Cada objetivo deberá:

1. Dirigirse principalmente al grupo/universo objeto del programa (es lo que se llama *público objetivo*).
2. Especificar los *cambios de conducta, de conocimiento y de actitudes esperadas*.
3. Describir los *resultados que se esperan*.
4. Ser *específico y explícito*.
5. No ser definido con un verbo que sea susceptible a múltiples interpretaciones, tales como: *conocer, internalizar, usar, tratar, comparar, apreciar, entender, sensibilizar* y otros; sino con aquéllos que son precisos, tales como: *definir, determinar, precisar, enumerar, explicar, diseñar, resolver, construir, organizar, seleccionar*, y otros.

Los objetivos pueden estar dirigidos a:

1. Cambiar la conducta.
2. Cambiar los conocimientos.
3. Cambiar las actitudes.

Los objetivos de comunicación deben comprender 4 aspectos esenciales:

1. El universo o grupo al que va dirigido, que es lo que se conoce como el público. Ejemplo: madres de niños menores de 18 meses.
2. Dentro del universo o grupo, el estrato menor que va a recibir los beneficios del programa. Este se conoce como segmento.

3. La conducta que se espera que acometan o la acción. Ejemplo: mezclarán correctamente las sales de rehidratación oral.
4. La cantidad e índice de cambio. Por ejemplo: después de 6 meses, el 80 % de las madres con hijos menores de 18 meses residentes en áreas urbanas y rurales, serán capaces de demostrar la forma correcta de mezclar las sales de rehidratación oral.

Evaluación

La evaluación consiste en medir y ganar en amplitud cómo marcha el programa, cuáles han sido sus consecuencias, cómo se ha producido el cambio en el público objeto del mismo, etc. En este sentido, la evaluación puede asumir las siguientes direcciones:

Evaluación formativa. Este tipo de evaluación, en la que se incluye la prueba preliminar, está diseñada para evaluar los puntos fuertes y débiles de los materiales o estrategias de la campaña antes de su puesta en marcha. Posibilita hacer revisiones necesarias antes de que continúe la actividad. Su meta principal es elevar al máximo la oportunidad de éxito del programa antes de comenzar la actividad de comunicación.

Evaluación de proceso. En ésta se controla cómo y cuán bien está funcionando su programa. Examina los procedimientos y tareas relacionadas con la ejecución de un programa. Este tipo de evaluación puede igualmente considerar los aspectos administrativos y organizativos del programa. Este tipo de evaluación está diseñada para supervisar el programa en desarrollo. Hay una serie de elementos que pueden indicar la manera en que está operando el programa, como por ejemplo, el control del número de materiales distribuidos, el número de reuniones en las que se participó o la cantidad de artículos impresos. Esto, por supuesto, no medirá si la audiencia seleccionada aprendió, actuó o produjo algún cambio como resultado del mismo.

Evaluación de los resultados. Las metodologías para evaluar los resultados constan por lo general de una comparación entre la toma de conciencia por la audiencia seleccionada, las actitudes y/o la conducta antes y después del programa; o las comparaciones entre un grupo de control (que no recibió el programa, pero que es similar en otros aspectos a la audiencia seleccionada) y la audiencia seleccionada que recibió el programa. Este tipo de evaluación se emplea para obtener datos descriptivos sobre un proyecto y para documentar los resultados a corto plazo.

Los mecanismos que deben controlarse para satisfacer este tipo de evaluación son los siguientes:

1. Trabajo realizado, cronogramas y gastos.
2. Publicidad, promoción y otras actividades de divulgación.
3. Funcionamiento y calidad de los sistemas de respuesta, tales como la distribución y la respuesta a pedidos de información.
4. Cambios intermedios en la toma de conciencia, conocimientos o acciones de la audiencia.

Estudios o evaluación de impacto. Los programas de comunicación son un factor que contribuye a mejorar la salud pública. En el contexto de las circunstancias cotidianas, son muchos los factores que contribuyen a condicionar la conducta de salud de una persona, incluyendo autoestima, publicidad, cobertura de salud y otros. En términos generales, se hace difícil en extremo separar el impacto de un programa de comunicación de los efectos de otros factores sobre la conducta de una persona. Por ese motivo, los estudios de impacto rara vez se inician como parte de programas que utilizan solamente las estrategias de comunicación. La evaluación de impacto es el más integral de los tipos de evaluación. Se centra en los resultados a largo plazo del programa y en los cambios o mejoras en el estado de salud. A veces este tipo de evaluación (de impacto) es imposible llevarla a cabo porque es muy costosa, requiere compromisos prolongados y pueden depender de otras estrategias además de la comunicación. También sucede a veces, que no se puede relacionar directamente el efecto del programa con los resultados, porque han existido otros números de variables que han estado incidiendo al mismo tiempo e imposibilitan aislar los efectos del programa llevado a efecto.

Técnicas cualitativas más usadas en los programas de comunicación en salud

Grupos focales, grupos de enfoque o grupos operativos

Este tipo de asociación para la búsqueda de elementos en torno a una investigación, instauro un espacio de “opinión grupal”. Se erige como la autoridad que verifica las opiniones pertinentes, adecuadas, verdaderas o válidas. En él, los participantes hacen uso del derecho a hablar –emitir opiniones– que queda regulada en el intercambio grupal. En el grupo focal u operativo, el investigador provoca la constitución del grupo en la conversación. Esta técnica articula a un grupo en situación de conversación y a un coordinador que no participa en el proceso de discusión, pero que lo determina. Lo ideal es que esté constituido por no más de 15 personas, sentadas en forma de semicírculo para que se posibilite la relación cara a cara con todos y cada uno de sus miembros. El coordinador del grupo no interviene sino para cumplir las funciones que le corresponde.

Funciones del coordinador

1. Posibilitar que todos hablen.
2. Evitar el monopolio de la palabra.
3. Alentar al análisis y discusión.
4. Facilitar que los “rezagados” intervengan.
5. Gratificar al grupo con palabras de aliento (muy bien, estupendo, correcto, etc.), nunca juzgar.
6. Servir de espejo (“rebotar” cualquier pregunta al grupo nuevamente en lugar de responder en calidad de experto).
7. Propiciar que la discusión y análisis discurren satisfaciendo los objetivos trazados.

En el propio proceso de discusión se genera lo que se conoce como la “dinámica de grupo”, que es precisamente la riqueza que surge como resultado de la intervención libre de cada miembro.

Estilos de coordinación o dirección

El que funge como coordinador del grupo y que debe cumplimentar las funciones antes mencionadas, puede asumir diferentes estilos de coordinación:

Estilo democrático

Esta manera de dirigir al grupo se caracteriza fundamentalmente porque:

1. Facilita que permanezcan abiertos los canales de comunicación.
2. Brinda facilidades, garantías y posibilidades para que cada miembro se exprese como estime necesario.
3. No juzga, no obliga, no hace burla ni emplea ironías.
4. Ante una duda que surja del grupo, no se apresta a explicar inmediatamente o responder, sino que devuelve la pregunta para fomentar precisamente el análisis.
5. Favorece que el grupo trabaje centrado en el propio grupo y no en su criterio.
6. No impone, más bien alienta a la participación.

Estilo autocrático

Se caracteriza fundamentalmente porque en lugar de que la tarea esté centrada en el grupo, se vale de todos los medios y recursos psicológicos para que esté centrada en él. De esta forma, como se aprecia, no satisfará ninguno de los requisitos del estilo democrático.

Estilo indolente (*laissez faire*)

Es el opuesto al estilo autocrático. El grupo focal dirigido por un estilo de este tipo se caracteriza fundamentalmente por el caos, el desorden. En definitiva, no se sabe a dónde va el grupo porque el coordinador no es capaz de satisfacer las prerrogativas capaces de llevar al equipo a las metas propuestas. Es como un auto sin conductor.

El coordinador del grupo puede acompañarse de un observador de contenido, que llevará el registro de todas las intervenciones y de un observador anecdótico, que tomará nota de las incidencias que se produzcan (conductas extraverbales, miradas, gestos sugestivos, comentarios en voz baja, formación de subgrupos, murmullos, etc.).

Actuaciones principales que se ponen de manifiesto

en el desarrollo de los grupos focales

En el proceso de desarrollo de las sesiones de trabajo de los grupos de discusión, pueden aparecer determinadas formas de actuar de los diferentes miembros. Entre las conductas que contribuyen a la tarea del grupo, se pueden destacar las siguientes:

1. El iniciador, que es el que “rompe el hielo”, después de un silencio que se produce siempre, una vez que el coordinador presenta el problema y sienta las bases del trabajo.
2. El aclarador, que es el que aporta elementos para hacer más fácil la comprensión de algo que no se entiende bien.
3. El informante, que es el que brinda datos sobre su experiencia o de informaciones que ha obtenido de diversas fuentes.
4. El conciliador, que es el que intenta poner de acuerdo 2 criterios encontrados, y busca un punto en común.
5. El gratificador, que generalmente tiene palabras de aliento y estímulo para los interlocutores.
6. El técnico de procedimientos, que se brinda gentilmente para auxiliar en la conexión o instalación de equipos de audio, visuales, etc.
7. El historiador, que ofrece testimonios referidos a circunstancias pasadas de manera ordenada y cronológica.
8. El filósofo, que desarrolla moralejas, aspectos eticomorales y filosóficos a partir de los contenidos expuestos.

Existen conductas que lejos de contribuir a la dinámica del mismo y a que el trabajo se desarrolle y marche hacia la consecución de los objetivos, lo que hacen es entorpecerlo, bloquearlo e impedirlo. El desarrollo de estas actuaciones cumple la función de satisfacer los intereses personales y exhiben las características negativas de la personalidad de alguno de sus integrantes. Entre los más comunes se pueden apreciar los siguientes:

1. El obstaculizador, que siempre interviene para interferir la buena marcha del proceso de discusión. Es el clásico individuo que “pone las podridas” en cualquier reunión.
2. El eterno oponente. Nunca está de acuerdo. Siempre encontrará algo para disentir de lo que se está tratando.
3. El llorón o demandante, que generalmente aprovecha para solicitar algo en beneficio personal.
4. El “yo-yo”, que se caracteriza por su ego hiperbolizado. Su manifiesta inmodestia hace que siempre esté hablando de él mismo, se pone de ejemplo, etc. con ausencia total de autocrítica.
5. El sabelotodo, que no da oportunidad a nadie, porque su autosuficiencia es tan grande que pretende monopolizar el uso de la palabra.

⁵ Babossi, E. “Estrategias dialógicas, universalidad y relativismo”, en Nudler, O. y otros, *La racionalidad en debate*. CEAL, Buenos Aires, 1993.

6. El presente-ausente, que está en el grupo “de turista”. No se involucra en nada.
7. El ofensor, como lo dice la expresión, no pierde oportunidad para zaherir, ofender, burlarse o hacer mofa de cualquier planteamiento.

Una vez terminadas las sesiones, el coordinador y los observadores se reunirán para analizar el material producido y extraer las conclusiones.

Entrevista en profundidad

La entrevista es, ante todo, un diálogo que se desarrolla según algunos parámetros: cierto acuerdo o convención entre ambos participantes (encuadre); cierta previsión por parte del investigador acerca de las condiciones que deben cumplirse para que la entrevista sea válida metodológicamente; cierto diseño previo que incluye marco, objetivos y límites de la utilización de este instrumento metodológico. La situación dialogística presenta algunas características que han sido estudiadas por diversos autores.⁵

La entrevista en profundidad facilita el acceso a la interacción social, especialmente vinculada a los hechos o representaciones difíciles de ubicar en el marco de la entrevista típica de estudios cuantitativos. El tipo de información que se produce en ellas depende en gran medida de las siguientes características:

1. Es una experiencia que se construye en una dimensión interpretativa del hacer, en tanto que se plantea ir más allá de la descripción. Busca relaciones para conocer algo más de la estructura social o los colectivos en que se inscriben los procesos estudiados.
2. El énfasis está puesto en escuchar para reconstruir la complejidad de los procesos sociales en que se hallan inmersos los sujetos.
3. Se trata de una instancia constituida a su vez por diferentes procesos, a veces superpuestos. Se dan procesos de producción de significaciones; procesos de reproducción con respecto al orden social; procesos de intersubjetividad en los que se ponen en juego las estrategias específicas de cada interlocutor; etc.
4. La actitud abierta es la única que puede permitir la incorporación de modalidades de expresión por parte del entrevistado, que quizás quedaban fuera de la opción teórico-metodológica del investigador. Esto trae al debate la cuestión de la reflexividad del investigador y el escuchar le permite la detección de aquellos enunciados o aspectos significativos para el proceso de la investigación. Determinar qué palabras o acciones de la entrevista son relevantes, no depende de un esquema preestablecido, sino de la competencia del investigador para establecer los nexos posibles entre esos hechos y la conceptualización planteada. De este modo, la tarea de reconstrucción parte de detectar algún rasgo saliente en la continuidad de la entrevista, que se construye como significativo desde lo conceptual.

Por el momento, interesa señalar entre ellas:

1. La competencia de los participantes para producir los discursos.
2. El compartir un lenguaje.

3. La producción de una secuencia discursiva pautada (explícita o implícitamente).
4. Una meta a alcanzar.

La entrevista en profundidad (manera impropia de llamarla), pues debía denominarse: abierta, semiestructurada o semidirectiva, y que a su vez puede estar centrada en un tema o ser autobiográfica. En definitiva, este tipo de técnica, supone una situación conversacional cara a cara y de carácter personal. El entrevistado es situado como portador de una perspectiva elaborada y desarrollada a manera de “diálogo” con el investigador, donde éste puede incitar a hablar por medio de preguntas, pero también puede intervenir mediante la reformulación y (algo realmente riesgoso) la interpretación de lo que dice el interlocutor.

Lo que distingue a una entrevista en profundidad de cualquier otro tipo de entrevista, es que en ella no se somete al entrevistado a una serie rigurosa de preguntas preestablecidas, formales o estructuradas. Más bien se alienta al entrevistado a que canalice por medio del proceso, todos sus sentimientos, criterios, ideas, conductas y valoraciones. Se debe estar muy atento a la conducta extraverbal, las miradas, los silencios, las repeticiones, las omisiones. Es una excelente oportunidad para que el entrevistado vuelque todos sus miedos, temores, inseguridades, estrés, angustias y dudas. Para ello, el entrevistador tiene que brindar en todo momento seguridad y debe ser un paradigma en las muestras de control.

Bibliografía consultada

- OPS: Manual de Comunicación Social para Programas de Salud, Washington DC, mayo, 1992.
- OPS.: *Análisis de los Datos Cualitativos*, División de Sistemas y Servicios de Salud, HSS-HSD-HED. Washington DC, 1994.
- Reproducción de Documentos. Serie # 11. Lecturas de Comunicación social en Salud: Introducción a Métodos Cualitativos de Investigación. División de Promoción y Protección de la Salud. OPS. S/f.
- RUIZ, G: Revista Ateneo “Juan César García”. Vol. 1 No. 1 Enero-Abril 2000. La Habana.