

SIETE PASOS: UNA PROPUESTA DE APLICACIÓN DEL ANÁLISIS CUALITATIVO PARA EL SABER ANTROPOLÓGICO

Anabella Barragán Solís

Escuela Nacional de Antropología e Historia

RESUMEN

La preocupación fundamental de la investigación cualitativa es la comprensión del mundo a partir del punto de vista de los actores sociales; para ello el antropólogo se convierte en intérprete de los significados de sus discursos, lo que implica su inmersión en el contexto de dichos actores para lograr la descripción, análisis e interpretación de sus representaciones y prácticas, así como de la interacción social. En este trabajo se presenta el itinerario del análisis del *corpus* de datos, conformado por una serie de entrevistas transcritas, correspondientes a pacientes y médicos de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, del Hospital General de México, llevadas a cabo en 2009 y 2011, información con la que se trata de sintetizar el método de análisis cualitativo en siete pasos, con el objetivo de mostrar este modo aplicativo del saber antropológico para dar sentido a la subjetividad y a la vida en las que se mueven los actores sociales, señalar sus particularidades e intentar ir más allá de las percepciones explícitas y comprender así el sentido de su vida.

PALABRAS CLAVE: métodos cualitativos, análisis cualitativo, cuidados paliativos, investigación cualitativa.

ABSTRACT

The fundamental concern of qualitative research is to understand the world from the point of view of social actors, for which the anthropologist becomes interpreter of the meanings of their speeches, which involves the immersion of the researcher in the context of such actors to achieve the description, analysis and interpretation of representations and practices, as well as social interaction. In this paper we present the itinerary of the data analysis of the corpus, consisting of a series of interviews

transcribed for patients and physicians of the Clinic of Pain and Palliative Care, General Hospital of Mexico, conducted in 2009 and 2011, information that attempts to synthesize the qualitative analysis method in seven steps, which aims to show the application of anthropological knowledge, with which it seeks to make sense of subjectivity and the world of life in which the social actors move, to note its peculiarities and try to go beyond the explicit perceptions and understand the meaning of life.

KEYWORDS: qualitative methods, qualitative analysis, palliative care, qualitative research.

LOS PUNTOS DE PARTIDA

Los métodos son una herramienta básica para la investigación social. Debido a su creatividad cobran cada vez mayor importancia en estudios de mercado, análisis de organizaciones, evaluación de proyectos, diagnóstico de políticas públicas y sondeos de opinión; son un instrumento de análisis para la comprensión de los significados de la palabra, integran las miradas micro y macro en un juego cuali-cuantitativo que privilegia el acceso a la subjetividad del sujeto, a la interpretación de la acción y a los estudios de caso.

Presento algunos de los resultados de la exploración de las representaciones y prácticas de los cuidados paliativos obtenidos en el trabajo de campo realizado en noviembre-diciembre de 2009 y febrero de 2011, con el fin de ejemplificar la aplicación del análisis cualitativo. El objetivo es describir y analizar las representaciones y las prácticas de atención del personal médico de Cuidados Paliativos (en adelante CP) hacia pacientes adultos ambulatorios y de interconsulta de otros servicios del mismo hospital en la Clínica del Dolor y en las visitas de interconsulta que realiza el personal médico a pacientes hospitalizados en distintos servicios del hospital, para dar cuenta de la realidad de la atención de los CP.

Las preguntas que guiaron el trabajo fueron: ¿Qué son los CP? ¿Cuáles son las características de los pacientes de CP? ¿Cuáles son los padecimientos de los enfermos de CP? ¿Qué representaciones tienen los médicos sobre CP? ¿Cuáles son las prácticas de atención del dolor en los CP? ¿A quién se aplica los CP? ¿Quiénes hacen CP? ¿Es posible dar respuesta a estas interrogantes a partir del análisis cualitativo?

Para dar cuenta de este fenómeno el material y el método fueron: la observación del tratamiento y la aplicación de entrevistas a 21 pacientes

(16 mujeres y 5 hombres) de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos (en adelante Clínica del Dolor) y en algunas áreas de hospitalización donde acude el personal de la clínica a proporcionar consultas algológicas y de CP. Se entrevistaron a 12 médicos (8 hombres y 4 mujeres) residentes y titulares de la Clínica del Dolor. Las edades de los pacientes van de 18 a 68 años, con una media de 40 años. El sitio de residencia en primer lugar es el Distrito Federal, seguido del estado de México y sólo algunos viven en Hidalgo y Michoacán. La mayoría son católicos, sólo dos pertenecen a credos protestantes (un testigo de Jehová y un cristiano). Los padecimientos que aquejan a los pacientes son diversos tipos de cáncer: óseo, de estómago, biliar y leucemia; diabetes mellitus, neuralgias (neuralgia posherpética, cervicalgia, ciática y listesis) y osteartropatías degenerativas (coxigodinea, hernia de disco).

A MODO DE INTRODUCCIÓN: ENFERMEDADES INCURABLES Y CUIDADOS PALIATIVOS

Las estadísticas internacionales en países desarrollados señalan que 67 % de los hombres y 60 % de las mujeres con diagnóstico de cáncer morirán por esta causa, y esta incidencia es mayor en América Latina. Se estima que en México cada dos horas muere un paciente con pobre o nula atención en cuanto a medicina paliativa se refiere (Artiachi 2004: 152). Por otra parte, entre las veinte principales causas de mortalidad general en México se encuentran la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, cirrosis y otras crónicas del hígado, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidentes de vehículos de motor, enfermedades hipertensivas, infecciones respiratorias agudas, afecciones originadas en el periodo perinatal, homicidios, enfermedades renales, desnutrición calórica-proteica, tumores malignos (de tráquea, estómago, próstata, hígado, mama, cervicouterino), y VIH/SIDA (INEGI *et al.* 2008). Varios de estos padecimientos son de larga duración e incurables, y tienen un fuerte componente de dolor, mismo que es el objeto de intervención de los médicos algólogos; especialistas en algología, área biomédica que se encarga de “estudiar y conocer las bases biológicas, neurológicas, farmacodinámicas y psicológicas del dolor agudo, crónico y oncológico para tratarlo mediante las intervenciones correspondientes” (González 2005: 28).

Normas de aplicación de los cuidados paliativos

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y poco después la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron el concepto de cuidados paliativos, que en el año 2002 la OMS define como:

Cuidado activo integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos (Río y Palma 2007).

Por otra parte, los principios de los cuidados paliativos divulgados durante el Día Mundial de los Cuidados Paliativos en 2008 son:

Alivian el dolor y otros síntomas; privilegian la vida y contemplan la muerte como un proceso natural; no intentan precipitar ni retrasar el momento de la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente; ofrecen al paciente un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte; ofrecen a la familia un soporte que le ayude a encarar el sufrimiento del paciente y de su propio duelo; emplean un enfoque de equipo para responder a las necesidades del paciente y su familia, incluyendo el acompañamiento psicológico del duelo, si fuere necesario; pueden mejorar la calidad de vida y pueden también influir favorablemente sobre el curso de la enfermedad; pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, paralelamente a otras terapias enfocadas a prolongar la vida (por ejemplo la quimioterapia y la radioterapia); son igualmente compatibles con las pruebas necesarias para diagnosticar y tratar mejor las complicaciones clínicas dolorosas (OMS 1990).

Estos principios abarcan, como también lo señala la Norma Oficial Mexicana, los ámbitos hospitalario, ambulatorio y domiciliario (*Diario Oficial de la Federación* 2008), lo que obliga a la constitución de equipos multidisciplinarios (Stoneberg y von Gunten 2006), formados por médicos algólogos, especialistas de diversos servicios de interconsulta hospitalaria y de consulta externa, con profesionales de las áreas de psicología, trabajo social, enfermería, nutrición, neurología, infectología, ginecología, neumología, ortopedia, medicina interna y terapia física, entre otros. En México, a partir del 2008 se instituyó la Norma Oficial Mexicana sobre los cuidados paliativos que se refiere:

Al cuidado activo e integral que, de manera específica, se proporciona a pacientes que cursan la fase terminal de una enfermedad y que se orientan a mantener o incrementar la calidad de vida del paciente en los ámbitos individual, familiar y social; en su caso, con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario (*Diario Oficial de la Federación* 2008).

Esta norma considera un *paciente terminal*, a todo paciente en fase terminal de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento curativo; con amplias posibilidades de que su muerte sobrevenga por ese padecimiento. *La calidad de vida* se define como las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en fase terminal actuar de acuerdo con sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales (*idem.*).

Entre los procedimientos que establece para proporcionar bienestar y calidad de vida digna hasta el momento de la muerte está el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan al paciente, y se incluyen las indicaciones, información y capacitación de sus familiares, tutor o representante legal acerca de los cuidados generales del paciente, sobre los fármacos y las formas de comunicación de emergencias a los médicos tratantes, entre otros objetivos. Por otra parte, los derechos de los pacientes terminales según la OMS son: ser tratado con humanismo hasta el momento de su muerte; mantener una esperanza, cualquiera que ésta sea; tener la posibilidad de expresar sus sentimientos, deseos y emociones frente a la cercanía de su muerte; recibir la atención de médicos y enfermeras para lograr el máximo confort; no morir solo; estar libre de dolor; tener una respuesta honesta cualquiera que ésta sea; no ser engañado; recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte; morir en paz y con dignidad; conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros; ser cuidado por personas sensibles y competentes; que su cuerpo sea respetado después de su muerte (OMS 1990).

La Clínica del Dolor

De entre los hospitales de la Secretaría de Salud para población abierta, el Hospital General de México es el de mayor capacidad y atención, y

es uno de los hospitales-escuela más importantes del país y de América Latina. Entre los servicios que lo conforman se encuentra la Clínica del Dolor, fundada en 1976; desde 2002 se le denomina Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Esta institución es actualmente el Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor, donde se forman especialistas algólogos. Su finalidad es: “Otorgar atención a pacientes con padecimientos crónicos degenerativos que presenten dolor intenso e incontrolable” (Avisos colocados en la pared de ingreso de la clínica 2007).

Algunos datos epidemiológicos

De acuerdo con el *Reporte de consultas por entidad federativa* de la Clínica del Dolor, en 2009 y 2010 los sitios de origen de la población atendida corresponden en primer lugar al Distrito Federal (72 % y 60 % respectivamente), el estado de México ocupa el segundo lugar con 16 % en 2009 y 32 % en 2010, y con cantidades cercanas a un punto porcentual están Querétaro, Oaxaca, Guerrero e Hidalgo, Puebla, Veracruz y en menor proporción el resto de los estados.

La población femenina tiene 70 % de las consultas proporcionadas tanto en 2009 como en 2010. Según los reportes oficiales del servicio de la Clínica del Dolor, en el año 2009 se realizaron 9 816 consultas, de las cuales 1 108 (13.2 %) corresponde a 70 % de las consultas proporcionadas tanto en 2009 como en 2010.

Sobre las representaciones y las prácticas médicas

El saber de los médicos también incluye un conocimiento general compartido con los grupos sociales y se le considera autorizado y definitivo. Su prestigio es de tal magnitud que su posición es análoga a las religiones de Estado, pues actualmente tiene un monopolio aprobado oficialmente sobre el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad (Freidson 1978). Por ello, nos parece relevante explorar las representaciones sociales entendidas como una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, una forma de pensamiento social (Jodelet 1984), “modalidades del pensamiento de sentido común que se generan, permanecen y transforman mediante procesos comunicativos cotidianos y mediáticos” (Rodríguez 2007: 157).

ANÁLISIS CUALITATIVO: LOS SIETE PASOS

La aplicación de la metodología cualitativa de análisis permitirá obtener resultados con los que se logren visualizar los pensamientos centrales o “conceptos sensibilizadores” (Blumen, en Castro 2008), acotados en metáforas discursivas, entendidas aquí como acto del lenguaje que hace referencia de manera intrincada a los códigos culturales que comparten quienes intervienen en el diálogo. Ahora bien, si el dato y el objeto de análisis “en fino” (Castro 2008: 141) es el lenguaje, debemos reconocer que la metáfora es “condición misma de su existencia” (Mier 1990: 25). Por otra parte, reconocemos que los discursos que están actuando de forma representacional sobre los CP, a fin de cuentas, funcionan como guías para la acción.

1. Transcripción y sistematización: unidades y subunidades de análisis

Los datos se obtuvieron de las siguientes actividades durante el trabajo de campo: 1) observación de las prácticas de atención a varios pacientes tanto en la Clínica del Dolor como en algunas áreas de hospitalización donde acude el personal de la clínica a proporcionar consultas algológicas y de CP; 2) entrevistas a médicos y pacientes. El uso de grabadora digital facilitó la obtención de información que ya transcrita hace un total de 652 páginas. Todas las entrevistas de 2009 se transcribieron en 2010. Su análisis guió la segunda temporada de trabajo de campo en febrero de 2011. Así, resultaron 229 páginas de transcripción de las entrevistas a pacientes, 334 correspondientes a los médicos algólogos y 89 del registro de la observación. Se tienen 33 unidades de análisis que corresponden a 21 pacientes y 12 médicos. Esta cantidad de información rebasa la posibilidad de ser presentada en este escrito, por ello sólo se tratan algunos aspectos relevantes de los CP, a modo de ejemplo para el análisis cualitativo, que es el objetivo principal de este documento.

2. Inmersión y codificación

Una de las acciones fundamentales para el análisis cualitativo es la lectura reflexiva y reiterada de los datos. Mediante un ejercicio de inmersión en el texto a analizar, se trata de descubrir los elementos centrales que dan

sentido a los discursos de los actores, al establecer un diálogo entre éstos y el investigador, determinado por el horizonte teórico de este último, quien respetará siempre el lenguaje del Otro, es decir el horizonte *emic*.

Las proposiciones *emic* se refieren a sistemas lógico-empíricos cuyas distinciones fenoménicas o “cosas” están hechas de contrastes y discriminaciones que los actores mismos consideran significativas, con sentido, reales, verdaderas o de algún modo apropiadas” (Harris 1985: 493-494).

Durante la lectura debemos tener astucia para identificar los factores que se asocian al fenómeno que queremos estudiar, y advertir las características que tienen los discursos de los informantes, para determinar si entre unos y otros existe alguna relación importante. El siguiente paso de la deconstrucción: la codificación abierta, es la creación conceptual de categorías de codificación, con las que se da una denominación común a fragmentos que comparten una misma idea. La codificación es en sí misma un microanálisis (Muñoz *et al.* 2006), consiste en “dejar correr los datos libremente” (Glaser 1975: 2), abandonar el modo de pensar propio y permitir la emergencia de datos, a esto se debe la denominación de codificación abierta, que es “diametralmente opuesta a un código preconcebido” (*ibidem*: 3). Hay que subrayar que nada se deja sin codificar, porque “todos los datos son potencialmente valiosos” (Taylor y Bogdan 1998: 171).

Con esta codificación se logra elaborar un primer listado de temas emergentes y se hacen preguntas sensibilizadoras, que son las que orientan al investigador acerca de la tendencia de la información, a la vez que permiten el diálogo entre los datos empíricos y los conceptos teóricos de referencia. La técnica de codificación es un proceso analítico y creativo con el que se descubren conceptos y se generan posibles categorías, cuyas propiedades se ajustan a los datos relevantes de la teoría, así se minimiza el desvío y la posibilidad de distorsionar el significado (cuadro 1).

El *corpus* de datos exige varias lecturas atentas para lograr la finura de análisis, a partir de la cual se encuentran los núcleos centrales o sentidos nodales de diversos fragmentos de las temáticas codificadas en subunidades de análisis. Así, surgen nuevas unidades que pueden ser dicotomías, series o conjuntos.

Un siguiente paso es etiquetar la información con claves conceptuales de los códigos o categorías primarias, elaboradas desde el horizonte teórico del investigador, *etic*, es decir, “proposiciones que dependen de dis-

Cuadro 1
Categorías primarias y códigos en las entrevistas de pacientes y médicos (*etic*)

<i>Pacientes</i>	<i>Médicos</i>
Características socioeconómicas (S-E) Vivienda (Viv) Eficacia del tratamiento (ETrat) Sed (Sed) Sueños (Sueños) Carrera de la enfermedad (Carrera) Tratamientos en la clínica del dolor (Trat. CD) Causas del padecimiento (Causalidad) Dolor (Dolor) Alimentación, dormir, comer, caminar (Nec.Básicas) Emociones: odio, celos, pudor, duelo, coraje, envidia, miedo, incertidumbre, asco (Emo) Sensaciones (Sens) Delgadez (Delg) Saber el diagnóstico (Dx) La familia (Fam) Costo de los fármacos (§F) Cuidados de los familiares (CuidF).	Tanatología (TT) Epidemiología (Epi) Atención telefónica (ATel) Tiempo de la consulta (TConsul) Repercusión de la atención en CP en la vida cotidiana de los médicos (R en V Cotidiana) Frustración (Frustración) Aprendizaje de los CP (EscCP) Eutanasia (Eu) Estrategias de afrontamiento de los médicos: poner límites (Afront) Pacientes en protocolo (Protocolo) Creencias religiosas de los pacientes (RP) Creencias religiosas de los médicos (RM) San Lucas (SnLucas) Muerte de los niños (Muerte niños)
Migración (Migr) Actividades laborales (Tb) Tratamiento psicológico (Ps) Amputación (Apt) Autoatención (AA) Medicinas alternativas (MMAS) Susto (Susto) Brujería por envía (Brujería) Debilidad (Debilidad) Planes para el futuro (Futuro) Del acompañante (Cuid) Prácticas religiosas (católica, cristiana, testigo de Jehová) (R) Conflictos familiares debido a prácticas religiosas (Fam-R) Costo del transporte (§Transp)	Definición de cuidados paliativos (CP) Pacientes de CP (P) Equipo de CP (Eq) Unidad de CP (UCP) Importancia de la enfermera (E) Importancia de los cuidadores (Cuid) Informar al paciente (InfP) Buena muerte (Muerte) Calidad de vida (CV) Calidad de muerte (CMuerte) Control del dolor (D) Morir en paz (MPaz) Duelo (Duelo) Relación del médico con la familia del paciente (M-F) Hábitos higiénicos (H) Alimentación (A) Tratamiento del Dolor (TD) Dolor (diferencia entre mujeres, hombres y lado no dominante) (DMyH)
Don de ser médico (Don) Cuidados de los familiares (CuidF) Control de náusea (N), vómito (V), estreñimiento (Eñ), edema (Ed), diarrea (Drr), deshidratación (Dh), escaras (Esc), insuficiencia vascular (IV), disnea (disnea) Medicinas alternativas usadas por los pacientes (MMAS) Facultades o virtudes del cuerpo (VirtCpo) Tratamientos en interconsulta (Itc) Autonomía del paciente (AutoP) Relación-médico-paciente (R-P) De visitas domiciliarias (VDom) Abandono de los pacientes (Abd) Gastos médicos (§Med) Emociones de los pacientes (rechazo, miedo, coraje) (Emo)	Don de ser médico (Don) Cuidados de los familiares (CuidF) Control de náusea (N), vómito (V), estreñimiento (Eñ), edema (Ed), diarrea (Drr), deshidratación (Dh), escaras (Esc), insuficiencia vascular (IV), disnea (disnea) Medicinas alternativas usadas por los pacientes (MMAS) Facultades o virtudes del cuerpo (VirtCpo) Tratamientos en interconsulta (Itc) Autonomía del paciente (AutoP) Relación-médico-paciente (R-P) De visitas domiciliarias (VDom) Abandono de los pacientes (Abd) Gastos médicos (§Med) Emociones de los pacientes (rechazo, miedo, coraje) (Emo)

Fuente: trabajo de campo en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, HGM 2009 y 2011.

tinciones fenoménicas consideradas adecuadas por la comunidad de los observadores científicos” (Harris 1985: 497).

Enseguida, se establecen subcódigos o categorías secundarias, a partir de una codificación axial (Iñiguez y Muñoz 2004; Muñoz *et al.* 2006), que se obtienen del análisis intensivo de una categoría que revela las relaciones con otras (cuadro 2). Otro paso importante es refinar (Iñiguez y Muñoz 2004) o ajustar el análisis y comprobar que los datos pertenecen a los diversos códigos y subcódigos.

3. En busca de la centralidad: matrices o conjuntos de datos

La construcción de subcódigos o codificación secundaria permite separar en bloques a partir de lazos asociativos los diversos temas acotados en la codificación primaria o secundaria. Cada bloque conforma una matriz o conjunto de datos a la que como una unidad terciaria se le aplica la mirada “fina” y comparativa, buscando la centralidad del bloque. Por otra parte, “Una representación se define por dos componentes: por un lado, su contenido... y por el otro su organización, es decir, su estructura interna... esa organización reposa sobre una jerarquía determinada, entre elementos... el núcleo central” (Abric 2001: 54), que verifica la centralidad y la jerarquía (cuadro 3).

4. Categorías de análisis: metáfora raíz

La localización de la centralidad en un segundo nivel de análisis lleva a descubrir en un tercer tiempo subsiguiente las metáforas raíz. Éstas son las figuras del lenguaje en las que se condensa el sentido de las narrativas, que se constituyen en las categorías de análisis que guían la interpretación y la conformación de nuevas problemáticas de exploraciones en los actores y en las fuentes bibliográficas; es, por lo tanto, un ejercicio polisémico y polifónico, inter y transdisciplinar. La metáfora raíz es “la pista para lograr la comprensión de hechos del sentido común e intenta entender otras áreas en términos de ésta. El área original se convierte en analogía básica o metáfora raíz” (Pepper, en Turner 2002: 37-38), aunque Black prefiere el término “arquetipo conceptual” que define como “repertorio sistemático de ideas” (Black, en Turner 2002: 38). En nuestro caso, consideramos didácticamente más útil el de metáfora raíz porque lo encontramos

Cuadro 2
 Representaciones del grupo médico
 De la categoría primaria: definición de Cuidados Paliativos (CP)

<i>Categorías secundarias o subcódigos (etic)</i>	<i>Contenido representacional(emic)</i>
Pacientes de CP	Pacientes con enfermedades oncológicas; pacientes en estadios terminales o etapa terminal; pacientes terminales; pacientes incurables; enfermedades que no tienen cura.
Objetivos de los CP	Proporcionar calidad de vida: paliar los síntomas: control de los signos y síntomas asociados al cáncer: dolor, estreñimiento, diarrea, vómito, náuseas, úlceras, escaras, disnea, deshidratación, edema. Alimentación y sueño. Informar al paciente; instruir a la familia; preparar al paciente en relación con la muerte; manejar el aspecto emocional

Fuente: trabajo de campo en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, HGM 2009 y 2011.

Cuadro 3
 Matriz sobre las representaciones de los pacientes
 Categoría primaria: Causas del padecimiento (causalidad)

<i>Causas del padecimiento (emic)</i>
Caso 1: Unos dicen que porque no comía mucho; porque ya me tocó a mí; unos decían que porque estaba en fábrica (de plásticos)... que por la gasolina que hace daño (hombre con Dx de leucemia).
Caso 2: Pues supuestamente que recibí la sangre que, tras de que mi mamá se haya llevado un susto. Creo algo así, preocupaciones, creo. Y la sangre yo recibí así ... también un poco la alimentación, yo digo, que antes no teníamos, pues, suficiente para que nos dieran de comer (hombre con Dx de leucemia).
Caso 3: Porque uno se autorreceta. ¡Qué te debo Dios que me estás cobrando tanto! Yo digo que ni es eso (Mujer con Dx de Ca óseo, mieloma múltiple).
Caso 4: Me dijeron que era por problemas, por rencores, por cosas que tiene uno y que no puede sacar, que se quedan ahí y de ahí proviene el cáncer... y sí tuve un problema tras problema (mi nuera que tuvo un aborto... mi hijo se metió en un vicio, él se droga con cocaína (mujer con Dx de Ca de ovario).

Fuente: trabajo de campo en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, HGM 2009 y 2011.

más concreto y relacionado con el sentido del lenguaje discursivo. En la orientación de la atención de los CP, podemos abstraer dos metáforas raíz que guían el pensamiento de los médicos: paliar y calidad de vida. Así, la metáfora de sentido común “calidad de vida” se descubre como la guía u orientación de los cuidados paliativos: paliar los síntomas, lo que significa control de los signos y síntomas asociados al cáncer, como dolor, estreñimiento, diarrea, vómito, náuseas, úlceras, escaras, disnea, deshidratación, edema; proveer de estrategias de alimentación y de descanso adecuadas.

Por lo tanto, estas nuevas categorías guían el diálogo interpretativo entre el horizonte teórico del investigador en busca del sentido *emic* y los nuevos referentes teórico-empíricos y nuevas interrogantes, un “ir y venir entre campo-datos-campo-datos, entre teoría y metodología, entre teoría y empiria” (Castro 2008: 139). Una acción circular para iniciar y/o continuar la exploración, para profundizar en el terreno *emic*, lo que lleva a estar de vuelta en el inicio de un nuevo proceso de interpretación y análisis.

Las siguientes narrativas resumen en buena parte las representaciones y prácticas de los médicos algólogos entrevistados. Estos discursos dejan ver la conformación y los roles del equipo médico paliativista, el uso social de la enfermedad y la tensión entre CP y tanatología, entre cumplir las normas internacionales y nacionales y la realidad de la atención:

Antiguamente se creía que éstos eran aplicables a los pacientes con enfermedades oncológicas y que ya estaban propiamente en etapa terminal y que únicamente la asistencia que nosotros les podíamos proporcionar era precisamente el control de los síntomas asociados al cáncer, como son dolor, el que no coman, el que no duerman, que se estriñen, que vomiten, entonces aparentemente nosotros nada más tenemos que aplicar eso como parte del tratamiento de la Clínica del Dolor... asistir al paciente. Así, nos fuimos dando cuenta de que no necesitaban simplemente eso. En un paciente con cáncer... de hecho, el dolor del alma... aquella sensación que les da cuando les dan la notificación de diagnóstico, donde saben que diagnóstico de cáncer es igual a una muerte probablemente muy cercana, afecta mucho su calidad de vida y su rol en la familia, porque si ese paciente era un proveedor de ella, bueno, pues, eso afectaba muchísimo sus pensamientos, su calidad de vida propiamente, y que, bueno, necesitaba un poquito el apoyo psicológico, el que le da un tanatólogo. Un paliativista pudiera proporcionarle esos servicios de tanatología. Sin embargo, la organización como estamos aquí en la Clínica del Dolor es que cada uno debe tomar cierto rol en el equipo multidisciplinario de CP, y bueno, quienes integran como tal los cuidados paliativos, es el algólogo, la trabajadora social... tiene que encargarse de las leyes de apoyo, de ver el rol como tal de ese paciente en la familia y quiénes son los que lo pueden apoyar, el psicólogo, el tanatólogo, el

paliativista. En teoría deberíamos estar integrados todos... hace dos años se hacía y nada más era una visita (domiciliaria) por semana a los pacientes con cáncer... siempre se mantenía un contacto telefónico con estos pacientes. La enfermera se encargaba de decir, a ver, por ejemplo: "Don José, ¿cómo está usted? ¿Cómo está su dolor, tiene alguna otra molestia?". Si el paciente estaba bien controlado sólo se le daba asesoramiento telefónico. Se le daba prioridad a un paciente que tenía dolor, que se encontraba más mal, entonces se acudía y era como por sesiones. Entraba primero el algólogo para tratar los síntomas asociados y el dolor, daba sus indicaciones, después la enfermera paliativista, le decía como lo tenía que bañar, el tipo de alimentos que le tenía que dar, los cuidados que tenía que hacerle para que no se ulcerara... Actualmente, ahorita, eso está en *stand by* y los CP que hacemos nada más son para los pacientes que están hospitalizados, interconsultas. Todos los días se les pasa visita a esos pacientes, se les da asesoramiento familiar y se dan unas pláticas los jueves. O sea que hay dos tipos de atención, que sería el hospitalario y el de visita a domicilio, y el de la clínica que no son de hospital; viéndolo bien serían como tres... De todos esos pacientes nosotros tenemos un registro y es otra parte de los proyectos. De todos esos pacientes la intención es crear una base de datos para el momento en que se diga: "A ver, yo necesito –no sé–, nos va a llegar un protocolo para náusea y vómito". En ese momento yo veo, ingreso a mi base de datos y digo: "A ver, esos son los posibles pacientes candidatos a entrar", y veo la disponibilidad en cuanto a cercanía, porque hay que tomar en cuenta que muchos pacientes no son del Distrito, hay pacientes que nos vienen de Hidalgo, de Oaxaca, de Michoacán, de San Luis... porque aquí somos un centro de referencia... lo que pretendemos con los CP es calidad de vida. Entonces, bueno, hay que estarlos viendo constantemente porque puede ser que hoy esté bien controlado el dolor, pero a lo mejor mañana se agregó náusea, se agregó vómito que está condicionando otro dolor que no era tan fuerte al principio...

Dentro del criterio de terminalidad en el paciente no oncológico hay enfermedades hepáticas, enfermedades vasculares o renales que podrían ser una consecuencia del paciente con diabetes, las enfermedades cerebrovasculares, básicamente esas... La diabetes por sí misma sí pudiera ocasionar una enfermedad de ese tipo... Yo como paliativista no puedo estar muy separada de la tanatología... Un médico que se dedica a los CP debe tener mucha sensibilidad para cuidar a un paciente así, y eso no quiere decir que, bueno, a los demás no los trate uno bien. Sin embargo, sí requieren un cuidado especial o un trato especial... La tanatología se encarga de ver, de tratar que esos pacientes ya con diagnóstico lo acepten... ver la forma de que no se queden en etapa de negación, sino que... bueno... lo acepten, cursen el duelo normal por el que tienen que pasar, pero el apoyo no nada más es al paciente, sino a toda la familia. O sea, cuando hay un paciente enfermo no nada más se enferma él, involucra obviamente a su grupo (médica algóloga titular).

En las siguientes narrativas se aprecian dos etapas de la enfermedad incurable: la fase terminal y la moribundez, en las que actúan distintos

profesionales y modelos aplicativos, los CP y los tanatológicos, a la vez que se observa una actitud frecuente entre los pacientes: la no aceptación de la inminencia de la muerte y la lucha por la vida, y la necesidad de la terapéutica psicológica.

Un paciente en etapa o fase terminal corresponde a aquel paciente que tiene una enfermedad incurable con una sobrevida de días o no mayor de seis meses. Los cuidados paliativos se aplican a todo paciente que está fuera de tratamiento curativo, y que pasa por diferentes etapas... aunque estos cuidados básicamente se deben aplicar a todo paciente que no tenga posibilidad de cura: no hay curación, es paliativo. La fase de moribundez o agónica se considera cuando el paciente ya no va a vivir más de 24 horas. Es un paciente que en muchas ocasiones ya no sabe ni entiende, se está despidiendo, ya no le duele nada, ya no se intenta paliar ningún síntoma, el paciente ya no está consciente (médico algólogo titular).

La fase terminal es los últimos días, cuando el paciente está agónico. La etapa terminal son seis meses antes de que el paciente muera, ya sea que tiene un cáncer terminal o lo que sea, lo va a llevar a su fin. Los CP entran desde el primer momento en que sabemos que el paciente no tiene recuperación. En cambio la tanatología no puede entrar exactamente en el mismo proceso porque hay pacientes que lo niegan, lo rechazan... Te dicen: "No me mande con esa persona porque quiere convencerme de que me muera, yo quiero vivir...". El paciente a pesar de que sabe le echa ganas a la vida... Yo creo que uno de los aspectos más importantes es que hay que evaluar psicológicamente muy bien al paciente y saber en qué momento puede entrar la tanatología... La tanatología va dirigida principalmente a que el paciente acepte la muerte... al duelo, va a dejar a la vida, va a dejar familiares, duele dejar una vida... Yo pienso que tanatología debe entrar en etapas muy terminales, en etapas ya más adelantadas de los cuidados paliativos y que el paciente lo solicite perfectamente (médica algóloga titular).

En la observación, la atención médica se centra en el control del dolor principalmente, náusea, vómito, estreñimiento, edema y diarrea, por medio de fármacos y/o estrategias invasivas en caso del dolor. La deshidratación, la atención de úlceras o escaras, la insuficiencia vascular, las recomendaciones dietéticas y de movilidad del paciente están a cargo de la enfermera. El acompañamiento, la ayuda, la escucha, proveer de los insumos y fármacos necesarios y cuotas de recuperación están a cargo de los familiares.

5. Triangulación y lazos asociativos

Se habla de triangulación principalmente cuando se lleva a cabo un diálogo entre los resultados de investigación cuantitativa y cualitativa

de una determinada problemática; un quinto paso que va más allá de esa relación delimitada, la comparación e interrelación incluye tanto la lectura fina de los datos obtenidos de los actores como el diálogo con las teorías explicativas y los resultados de otras investigaciones. Se trata de la polisemia y la polifonía entre la perspectiva del investigador y los sujetos de investigación para así “asegurar la validez de los resultados” (Mira *et al.* 2004: 162). Siguiendo este razonamiento podemos señalar que los cinco padecimientos más frecuentes, según el *Reporte de consulta externa por diagnóstico y sexo* en el 2010 en esta institución, son en primer lugar las neuralgias virales (11.3 %); en segundo, los tumores malignos (8.3 %); en tercer lugar, la neuralgia trigeminal con 7.6 %; en cuarto, las neuropatías diabéticas y otras afecciones relacionadas con la diabetes mellitus que afectan a 7.5 % de los pacientes; y en quinto sitio, las osteoartropatías degenerativas (6 %). De estas afecciones, las que ocupan el segundo lugar son las que más se relacionan con los CP, y en su mayoría se refieren a cáncer de mama y del cuello de útero en las mujeres, y de próstata en los hombres. Otras afecciones malignas en colon, estómago o el mieloma múltiple ocurren en un 0.5 % de los casos, aproximadamente. Estos cinco grupos de padecimientos han sido los que ocupan los primeros lugares en frecuencia, según los datos de los registros clínicos de 1996 a 2003 y en 2006, en este último ya los tumores malignos aparecen en el tercer lugar (Barragán 2005; Barragán *et al.* 2009), algunos de ellos son los que ejemplifican este ejercicio.

6. La vuelta a las fuentes y a los fundamentos teóricos

En el análisis cualitativo la vuelta a las fuentes es fundamental y obligada, ya que se trata de un ejercicio de triangulación que implica también la idea de lazos asociativos, que según Abric (2001) son las asociaciones y jerarquía entre los elementos que permiten reconocer los componentes de la representación en ese ejercicio polisémico y polifónico, inter y transdisciplinar. Así, debemos volver a la exploración de la conformación del saber médico.

Por una parte, el modelo de CP:

se ocupa del estudio y manejo de pacientes con enfermedad *activa, progresiva y avanzada*; para quienes el pronóstico de vida es limitado y el foco de atención es

la calidad de vida. Comprende los tratamientos y cuidados médicos, quirúrgicos y psicológicos (Morales 2002: 4).

Por otra parte, “Freidson demostró que el rasgo central de una profesión es su autonomía, es decir la capacidad de delimitar por sí misma su propio saber, así como su ámbito de intervención” (en Castro 2008: 19-21), de tal suerte que el *habitus* médico es el conjunto de predisposiciones incorporadas, es decir, que teniendo una génesis social y material específicas han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales que a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos en su quehacer cotidiano, lo que finalmente se vuelve el principio de acción de su práctica profesional. Ejemplo de ello es el concepto de CP, si atendemos a la significación de esta metáfora encontramos que paliar no es otra cosa que ocultar, tapar, poner algo encima de una cosa para que no se la vea, una cosa para que no se sepa o evitar que se sepa de cualquier otra manera, guardar las apariencias, disfrazar, enmascarar, disimular (Moliner 2007). Definiciones que se relacionan con la incertidumbre que muy frecuentemente aparece entre los médicos y los familiares acerca de la decisión de informar o no al paciente sobre su estado. Es decir, el mismo origen del significado de la palabra “paliar” nutre la problemática de la comunicación entre médico y paciente, que sigue siendo un punto álgido, como ha sido reportado por múltiples trabajos “independientemente desde la disciplina que haya sido abordada” (Castro 2008: 56).

Con respecto al cuidado, que es nodal en la atención de pacientes incurables y/o en fase terminal y que se refiere a la instauración de la terapéutica del tipo que ésta sea, al acompañamiento, la escucha, la ayuda, el consuelo, es uno de los aspectos problemáticos en la práctica cotidiana real de los médicos, que según nuestra observación y revisión bibliográfica queda generalmente relegada a las tareas del equipo de enfermería. Por otra parte, si atendemos a la matriz de causalidad (cuadro 3), en las representaciones de los pacientes queda la interrogante acerca del tipo de recepción de parte del personal médico ante tales explicaciones, que se enmarcan más en el terreno de lo religioso, de la fortaleza o debilidad del cuerpo según las formas de vida y los accesos a los satisfactores sociales, y no en la teoría microbiana o químico-fisiológica de las enfermedades.

Las metáforas raíz en dichas representaciones pueden ser: susto, rencor, problemas y alimentación, relacionadas con el riesgo laboral, la sangre como vía de transmisión de una emoción (el susto, las preocupaciones) o simplemente el destino.

7. La presentación de resultados

El último paso de esta propuesta para el análisis cualitativo, el séptimo, se refiere a la necesidad de adecuar la presentación de los resultados al público a quien van dirigidos, siempre siguiendo la consigna metodológica de simplificar y condensar para dar cuenta de las particularidades del fenómeno e intentar ir más allá de las percepciones explícitas de los actores sociales y comprender así el sentido de su vida.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Si bien la validez de los resultados no es generalizable, la utilización de la metodología cualitativa para el análisis de un número reducido de casos es pertinente porque sus objetivos no son la universalización, sino el descubrimiento de tendencias a partir de las representaciones que otorga una pertinencia operatoria a los conceptos “manejados por las mismas sociedades” (Chartier 1999: 57), explorar un problema poco conocido y establecer pautas para profundizar en investigaciones futuras. Siguiendo a Castro (2008), consideramos que es posible extrapolar los resultados a las representaciones de otras personas.

REFERENCIAS

ABRIC, J.

- 2001 Metodología de recolección de las representaciones sociales, Jean-Claude Abric (ed.), *Prácticas sociales y representaciones*, Ediciones Coyoacán, México: 53-74.

ARTIACHI DE LEÓN, G.

- 2004 Cuidados paliativos, Alicia Kassian Rank (coord.), *Algología, guía diagnóstica y terapéutica*, Intersistemas, México: 149-159.

BARRAGÁN SOLÍS, A.

- 2005 La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética, *Cuicuilco*, 12 (33): 61-78.

BARRAGÁN SOLÍS, A., S. BAUTISTA SÁNCHEZ, J. L. GUTIÉRREZ GARCÍA, M. JÍMENEZ OLVERA, A. RAMÍREZ BERMEJO, N. C. GODÍNEZ CUBILLO Y G. ARTIACHI DE LEÓN

- 2009 La experiencia del dolor crónico y el imaginario religioso desde la perspectiva del paciente y su familia, *Archivos de Medicina Familiar*, 11 (3): 136-144.

CASTRO VÁSQUEZ, M.

- 2008 *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, El Colegio de Sonora, Hermosillo.

CHARTIER, R.

- 1999 *El mundo como representación. Historia cultural. Entre práctica y representación*, Gedisa, Barcelona.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN

- 2008 [en línea] Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007. Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos, *Diario Oficial de la Federación*, 22 de diciembre de 2008, <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5075308&fecha=22/12/2008>, [consulta: 22 de diciembre de 2008].

FREIDSON, E.

- 1978 *La profesión médica*, Península, Barcelona.

GLASER, B. G.

- 1975 [en línea] Codificación teórica, Barney G. Glaser (ed.), *Theoretical sensitivity advances in the methodology of Grounded Theory*, University of California, San Francisco, <<http://www.tesispsico.unlugar.com/mat-catedra/codificacion-glaser.pdf>> [consulta: 22 de diciembre de 2010].

GONZÁLEZ Y MUÑOZ, M.

- 2005 *La atribución del dolor a su relación con el diagnóstico médico y algológico en pacientes con dolor crónico*, tesis, Universidad Iberoamericana, México.

HARRIS, M.

- 1985 *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*, Siglo XXI, México.

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, SECRETARÍA DE SALUD Y CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

- 2008 [en línea] *Principales causas de mortalidad en México*, Consejo Nacional de Población, México, <http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Principales_causas_de_mortalidad_en_México_1980__2007>, [consulta 3 de diciembre de 2010].

IÑIGUEZ, L. Y J. MUÑOZ

- 2004 [en línea] Introducción a la “Grounded Theory”, *Material de apoyo al curso Análisis cualitativo de textos. Curso avanzado teórico/práctico*, Santiago de Chile, <<http://www.slideshare.net/jimeluz/grounded-theory-7678890>> [consulta: 29 de septiembre de 2011].

JODELET, D.

- 1984 La representación social: fenómenos, concepto y teoría, S. Moscovici (ed.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social*, Paidós, Barcelona: 469-499.

MIER, R.

- 1990 *Introducción al análisis de textos*, Universidad Autónoma Metropolitana-Trillas, México.

MIRA, J. J., V. PÉREZ JOVER, S. LORENZO, J. ARANAZ Y J. VITALLER

- 2004 La investigación cualitativa: una alternativa también válida, *Atención Primaria*, 34 (4): 161-169.

MOLINER, M.

- 2007 *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid.

MORALES DE IRIGOYEN, H.

- 2002 *El paciente terminal: manejo del dolor y cuidados paliativos en medicina familiar*, Medicina Familiar Mexicana, México.

MUÑOZ COBOS, F., M. L. BURGOS VARO, A., CARRASCO RODRÍGUEZ, J. M. L. MARÍN GUERRERO, J. RÍO RUÍZ, M. VILLALOBOS BRAVO E I. ORTEGA FRAILE

- 2006 Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género, *Atención Primaria*, 37 (7): 407-412.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 1990 [en línea] *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un comité de expertos*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, <www.murciasalud.es/recursos/ficheros/135297-folletodmcp2008.pdf> [consulta: 29 de septiembre de 2011].

RÍO, M. DEL Y A. PALMA

- 2007 Cuidados paliativos: historia y desarrollo, *Boletín Escuela de Medicina*, 32 (1): 10-22.

RODRÍGUEZ SALAZAR, T.

- 2007 Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones, Tania Rodríguez Salazar y María de Lourdes García Curiel (coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara: 157-188.

STONEBERG, J. N. Y CH. F. VON GUNTEN

- 2006 [en línea] Assessment of palliative care needs, *Anesthesiology Clinics of North America*, 24: 1-17, <<http://sdhospice.learn.com/files/pdf/Assessment.pdf>> [consulta: 30 de julio de 2011].

TAYLOR, S. J. Y R. BOGDAN

- 1998 *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, Barcelona.

TURNER, V.

- 2002 Dramas sociales y metáforas rituales, Ingrid Geist (comp.), *Antropología del ritual*, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México: 35-70.