

■ REVISIÓN

Investigación cualitativa en farmacia comunitaria

Qualitative research in community pharmacy

M.Á. Gastelurrutia

Doctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

ABREVIATURAS:

IC: investigación cualitativa.

Introducción

Tradicionalmente, la ciencia se ha contemplado en relación con la posibilidad de «cuantificar» datos. Las matemáticas se han considerado como la «reina de las ciencias», e incluso se han llegado a diferenciar las ciencias «duras» (matemáticas, física y química) de otras más «blandas», como las ciencias sociales. Se entendía como «visión aceptada» de la ciencia la que se centraba en verificar o rechazar hipótesis previamente planteadas¹. Esta situación, basada en el paradigma positivista, ha evolucionado generando un nuevo paradigma, el pospositivismo. Sin embargo, hay otras formas, otros paradigmas, de enfrentarse al estudio de la realidad¹.

De una manera muy general, la investigación cualitativa (IC) pretende explorar y comprender los diferentes fenómenos, más que medirlos². Cuando se pretende confirmar hipótesis, cuantificar variables, etc., se utilizan métodos experimentales (cuantitativos), mientras que cuando se pretende comprender lo que ocurre, deben utilizarse métodos fenomenológicos o cualitativos. De una manera general, los métodos cualitativos intentan dar respuesta a las preguntas «qué», «cómo» o «por qué» de un fenómeno, más que a las preguntas sobre «cuántos» o «cuánto»². Cada vez más proyectos de in-

vestigación combinan ambos tipos de investigación, realizándose estudios multimétodo o «métodos mixtos»²⁻⁵, lo que suele reforzar la fortaleza de cada método⁶, hasta el punto de que ambos tipos de investigación pueden considerarse complementarios⁷⁻¹⁰.

Aunque en España la investigación en farmacia comunitaria se puede considerar muy escasa¹¹⁻¹³, las publicaciones de trabajos de IC realizadas en este ámbito lo son todavía más.

Definición

Es difícil encontrar una definición aceptada por la mayoría de los investigadores, aunque existen ciertas orientaciones amplias respecto a la metodología que son generalmente asumidas y compartidas². El mundo cualitativo está relacionado con el paradigma naturalista (fenomenológico, etnográfico, constructivista, etc.). En esta introducción, se pretende aportar unas orientaciones al tema que permitan al lector comprender la aproximación constructivista o naturalista al conocimiento, lo que supone un abordaje diferente al de la epistemología positivista relacionada con la investigación cuantitativa¹⁴.

En general, la IC es exploratoria^{7,15-17} y suele utilizar un abordaje inductivo en lugar de deductivo, que es el mayoritario en la investigación cuantitativa^{18,19}. Esa actividad exploratoria se extiende también en un *continuum* hasta otros diseños que tratan de establecer interpretaciones e inferencias²⁰. La IC estudia cómo las

Correspondencia:

M.Á. Gastelurrutia Garralda.
Paseo de Larratxo, 98. 20017 Donostia-San Sebastián.
Correo electrónico: magastelu@medynet.com

personas ven, entienden y construyen «su mundo», ese mundo subjetivo del individuo. Además, la IC proporciona información acerca de distintas áreas que no abarca la investigación cuantitativa, ayuda a entender fenómenos sociales en ámbitos o entornos naturales⁷, a la vez que pone de manifiesto las experiencias y opiniones de todos los participantes.

Por todo ello, la IC es útil: a) para obtener información a partir de pequeñas muestras selectas; b) para vincular grupos de comportamientos sobre la base de casos individuales; c) para identificar y definir problemas; d) como exploración preliminar para producir ideas y recoger la experiencia directa de la población objetivo; e) para comprender tendencias en cambios de comportamientos o actitud; f) como estudio piloto o paso previo para un estudio cuantitativo⁷, o g) para explicar, comprender y esclarecer datos cuantitativos sobre comportamientos y actitudes⁷.

La IC ha sufrido muchas críticas^{21,22} basadas, sobre todo, en el pequeño tamaño de muestra que utiliza y su consecuente no representatividad –lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos–, en la falta de fiabilidad (o confiabilidad) de los métodos y en la falta de validez. Nunca será posible demostrar que en IC existen los criterios de validez de la investigación cuantitativa utilizados en el paradigma positivista (validez interna y externa, fiabilidad y objetividad), ya que no se pretende la objetividad ni la generalización o universalización del conocimiento²³. Lo que debe intentar demostrar el investigador cualitativo es que su investigación garantiza la fiabilidad de sus resultados en función de determinados criterios, como la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad²⁴.

Para conseguir mejorar la credibilidad de la IC se suele utilizar la triangulación⁵, que consiste, en general, en abordar el problema de investigación utilizando diferentes técnicas de obtención de la información²⁵. Al obtener más de una visión del sujeto de estudio se consigue una visión más exacta del sujeto en cuestión^{18,26}.

Por todo ello, tiene gran importancia describir detalladamente la metodología utilizada, y ajustarse a ella al máximo, de manera que en todo momento quede patente qué se ha hecho, cómo y por qué⁷.

Diferencias con la investigación cuantitativa

Ya se ha dicho que, en general, la IC utiliza el razonamiento inductivo, a diferencia de la investigación cuantitativa, que es fundamentalmente deductiva^{18,26}, aunque ésta se utiliza cada día más en IC^{7,27}. En la tabla 1 se muestran las diferencias más importantes entre ambos abordajes metodológicos.

Diseño de un protocolo en investigación cualitativa

La IC se inicia con la formulación del problema y la enunciación de los objetivos. Es preciso realizar una buena revisión bibliográfica y buscar marcos teóricos si los hubiera²⁸.

En la introducción se debe justificar la elección del método, tanto el porqué de la elección de la IC como el método de obtención de información seleccionado.

Después se diseña un protocolo de investigación, que supone la definición del ámbito en el que se desarrollará la investigación, la identificación y la selección de la población con la que se trabajará, la técnica de obtención de información y el tipo de análisis que se llevará a cabo. En IC el protocolo puede modificarse a medida que se va obteniendo información. La selección de los participantes la realiza el investigador, con ayuda de informantes clave. Se suele utilizar el método de «selección intencionada»²⁹, aunque en ocasiones se hace una «selección de conveniencia»³⁰, en la que se seleccionan los participantes más accesibles, o una «selección completa», en la que los participantes diana son pocos y se incluyen todos. Los participantes se eligen en función de sus vivencias, de la información teórica que poseen, del conocimiento del investigador, etc. Esta selección es un proceso muy complejo³¹ y de gran importancia, ya que la selección de la muestra en IC tiene una gran influencia en la calidad de la investigación.

El número de participantes que proporcionan información se puede ir aumentando hasta alcanzar la saturación de la información obtenida, es decir, el momento en que no se recoge información nueva.

Dado el carácter eminentemente subjetivo (datos personales e individuales)²⁶ de la IC, los aspectos éticos adquieren una gran importancia, ya que esta informa-

Tabla 1. Diferencias entre investigación cuantitativa e investigación cualitativa

Investigación cuantitativa (método deductivo)	Investigación cualitativa (método inductivo)
Objetividad: el investigador, al margen, se «aisla» de la investigación, hasta el punto de que el patrón de referencia de la investigación cuantitativa es el ensayo clínico aleatorizado doble ciego	Subjetivismo: el investigador se «mete» en la investigación. Los investigadores como parte importante del proceso ¹⁸
Muestra representativa	Muestra seleccionada porque aporta información interesante
Se necesita un diseño prefijado de antemano (desde la teoría hasta las técnicas de análisis de datos). Se fija todo a priori ²⁴ . Es un diseño previo a la realización del estudio (protocolo inalterable)	Diseño emergente, no prefijado de antemano. El diseño se va completando y modificando sobre una base inicial, avanzando y retrocediendo. A medida que se van obteniendo datos, se va creando una teoría y adaptando el método. No se formulan hipótesis al inicio sino que los distintos conceptos (o hipótesis cuando se utilicen) surgen como consecuencia del proceso de investigación ^{7,26}
Variables bien definidas	Conceptos, vivencias, percepciones
Análisis estadístico, que se realiza una vez obtenidos todos los datos	Análisis de contenido o método comparativo constante ⁷ . El análisis se comienza en el momento del trabajo de campo y existe una interrelación entre el análisis y el protocolo de investigación que se va modificando a medida que el investigador se nutre de nueva información y la va analizando
Resultados generalizables	Resultados no generalizables. Aportan una información rica y permiten generar teorías

ción debe anonimizarse mediante la utilización de códigos o apodos²⁶. En general, es necesario solicitar la firma del consentimiento informado que garantice la confidencialidad de los datos^{19,26}, aunque esto no siempre es así³².

En IC existen muchos y muy variados métodos de obtención de información: estudio de casos, análisis etnográficos, historiografía, estudio de documentación, etc. Sin embargo, las estrategias más utilizadas en farmacia comunitaria se muestran en la tabla 2 junto con sus objetivos principales.

Algunos de los métodos citados, como el grupo Delphi o el grupo Nominal, incluyen aspectos matemáticos, evidentemente cuantitativos. En farmacia comunitaria los métodos más utilizados son los grupos focales, las entrevistas y los métodos de observación.

Un grupo focal³³ consiste en una reunión formada por un número reducido de personas que, guiadas por un moderador y un observador, permite obtener una gran cantidad de información sobre el tema objeto de estudio en muy poco tiempo³⁰. En general, el grupo está formado por 8-12 personas que pueden aportar la información que interesa obtener al equipo investigador. La reunión suele durar entre 1 y 2 horas.

Por su parte, una entrevista es una forma de conversación en la que el propósito del investigador es obtener información que le permita alcanzar los objetivos marcados o dar respuesta a las preguntas formuladas en el diseño de la investigación. En función del grado de estructuración que tenga la entrevista, Bernard (1994) las clasificó como: informal, no estructurada, semiestructurada y estructurada. En farmacia, las más utilizadas son las entrevistas estructuradas y semiestructuradas³⁴⁻³⁷. Asimismo, se clasifica una entrevista «en profundidad» (*in-depth interview*)³⁸ cuando ésta ahonda en el tema investigado. Estas entrevistas suelen ser no estructuradas o semiestructuradas. La duración de cada entrevista suele estar comprendida entre 45 minutos y 2 horas.

El objetivo de estas entrevistas es obtener información con más profundidad y detalles sobre aspectos más concretos y específicos que en los grupos focales, aunque resultan más caras, ya que consumen más tiempo y se realizan individualmente.

En ambos casos se utiliza una «guía para la entrevista» previamente elaborada por el equipo investigador^{8,39}, que puede ir modificándose a medida que se va obteniendo y analizando la información. Las entrevistas in-

Tabla 2. Estrategias para la obtención de información en investigación cualitativa

Técnica	Utilidad general
<i>Brainstorming</i> (lluvia de ideas)	Generación de ideas
Panel de expertos	Generación de ideas Consensos
Observación	
Participante	} Obtención de información ⇒ También formación
No participante	
Paciente simulado	
Entrevista	
En profundidad	} Obtención de información
Informal/no estructurada	
Semiestructurada	
Estructurada	
Grupos de discusión	
Grupo focal	⇒ Obtención de información
Grupo nominal	} ⇒ Consenso
Delphi	

dividuales o grupales se graban y transcriben en su integridad para pasar a realizar el análisis de la información obtenida. Por tanto, la reunión/entrevista constituye tan sólo una parte del estudio, la correspondiente al trabajo de campo³⁰.

La observación de los comportamientos, acciones, actividades e interacciones constituye una herramienta para comprender más y entender mejor las situaciones complejas.

La observación puede ser participante o no participante, y declarada o encubierta. La observación encubierta es importante porque la gente no siempre hace lo que dice que hace, y porque puede no ser consciente de lo que están haciendo/diciendo. Un tipo de observación encubierta es la utilización de pacientes simulados (pacientes ocultos, o *mystery shoppers*). El paciente simulado se ha utilizado mucho en el mundo de la farmacia y consiste en utilizar a un individuo entrenado para visitar una farmacia y representar un escenario mediante el cual analiza un comportamiento específico del farmacéutico o del equipo de la farmacia⁴⁰. Se ha utilizado con diferentes objetivos como mejora de la formación o para la evaluación de diferentes prácticas asistenciales⁴⁰⁻⁴⁶.

La observación participante es la principal técnica etnográfica de recogida de datos, aunque en ocasiones se ha utilizado en IC en farmacia comunitaria⁴⁷. La observación no participante consiste en contemplar lo que está aconteciendo y registrar los hechos sobre el terreno.

En IC, el análisis se realiza para tratar de buscar el significado de los fenómenos estudiados a partir de los datos concretos recogidos durante el trabajo de campo, para confirmar o rechazar hipótesis previas y para ampliar la comprensión de la realidad²⁰.

En la IC, la unidad de análisis no son los números, sino las palabras, las frases, en suma, los textos recogidos⁷. En la IC se genera una gran cantidad (abundancia) de datos textuales⁷ y su conjunto supone una descripción que el investigador debe explicar e interpretar⁷. El análisis, ya sea de manera secuencial o simultánea, incluye la gestión de la información, la reducción de los datos mediante la elaboración de resúmenes y/o tablas, la codificación y categorización, el análisis interpretativo y la elaboración de las conclusiones²⁶.

El análisis comienza durante la recogida de la información⁷, y se va realizando mediante un análisis comparativo constante. Este análisis comparativo tiene lugar forzosamente porque no se puede «no pensar en lo que se escucha o se lee»⁷. Es decir, la obtención de la información y el inicio del análisis son fenómenos que van juntos, lo que permite ampliar las preguntas y los aspectos investigados^{7,26}.

El análisis más básico consiste en realizar una descripción de los fenómenos estudiados³³ con una intención claramente exploratoria. En el otro extremo del *continuum* de posibilidades analíticas se encuentra el análisis interpretativo, en el que se utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos²⁰.

Se han desarrollado programas informáticos útiles para llevar a cabo las tareas mecánicas del análisis, como el Nudist Vivo[®], que facilitan y simplifican el trabajo, pero, a diferencia de lo que muchos creen, no «realizan el análisis», que sigue siendo una tarea compleja que debe realizar el equipo investigador²⁶. En este sentido, es preciso recordar que el *software* genera expectativas elevadas en potenciales usuarios. El análisis de la IC es un proceso lento, sistemático, laborioso, transparente y complejo^{7,8}.

Finalmente, se redactan los resultados, la discusión y las conclusiones³⁰.

Bibliografía

- Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*, 3.ª ed. Londres: Sage, 1994.
- Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. Londres: Sage, 2004.
- Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*. 2009; 119: 1.442-1.452.
- Varela NM, Ramalho de Oliveira D. A qualitative glimpse at pharmaceutical care practice. *Pharm World Sci*. 2009; 31: 609-611.
- Vallés MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis, 2007.
- Jick T. Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Adm Sci Q*. 1979: 602-610.
- Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995; 311: 42-45.
- Samuels T, Guerreiro M, Tully MP. Focus groups and in-depth interviews are useful tools for qualitative research. *Pharm Pract*. 2005; 190-194.
- Kozminsky M, Busby R, McGivney MS, Klatt PM, Hackett SR, Merenstein JH. Pharmacist integration into the medical home: qualitative analysis. *J Am Pharm Assoc*. 2011; 51: 176-183.
- Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm* 2010; 6: 307-323.
- Baena MI. Comentarios sobre la investigación en atención farmacéutica [cartas al director]. *Farm Hosp*. 2006; 30: 59-63.
- Andrés JC, Andrés NF, Fornos JA. Community pharmacy-based research in Spain: a bibliometric study. *Pharm Pract (internet)*. 2007; 5: 21-30.
- Gastelurrutia MA. Investigación en farmacia comunitaria [editorial]. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2010; 2: 3.
- Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 473-482.
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*, 3.ª ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.
- Crabtree B, Miller W, eds. *Doing qualitative research*, 2.ª ed. Thousand Oaks: Sage, 1999.
- Glaser B, Strauss A, eds. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine, 1967.
- Neuman WL. *Social research methods. Qualitative and quantitative approaches*. Boston: Pearson Education Inc., 2003.
- Glicken MD. *Social research. A simple guide*. Boston: Pearson Education Inc., 2002.
- Amezua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 423-436.
- Rousseau N, Saillant F. Métodos de investigación cualitativa. En: Fortin MF, ed. *El proceso de investigación de la concepción a la realización*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999.
- Calero JL. Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. *Rev Cubana Endocrinol*. 2000; 11: 192-198.
- Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1999; 24: 295-300.
- Olabuénaga JI, Aristegui I, Melgosa L. *Cómo elaborar un proyecto de investigación social*, 2.ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 2002.
- Watson MC, Hart J, Johnston M, Bond CM. Exploring the supply of non-prescription medicines from community pharmacies in Scotland. *Pharm World Sci*. 2008; 30: 526-535.
- Gibbs GR. *Analyzing qualitative data*. Londres: Sage, 2010.
- Harriman S, Snyder ME, García Dueñas G, Pringle JL, Smith RB, Somma M. Physician perceptions of pharmacy-provided medication therapy management: qualitative analysis. *J Am Pharm Assoc*. 2010; 50: 67-71 [DOI: 10.1331/JAPhA.2010.08186].
- Davies P, Walker AE, Grimshaw JM. A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implementation Science*. 2010; 5: 14-19.
- Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria*. 2007; 39: 465-472.
- Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F. Taller sobre investigación cualitativa. Práctica de un grupo focal: percepción de los farmacéuticos sobre su futuro profesional en atención farmacéutica. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, 2010.
- Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nursing*. 1997; 26: 623-630.
- Björkman IK, Bernsten CB, Sanner MA. Care ideologies reflected in 4 conceptions of pharmaceutical care. *Res Soc Adm Pharm*. 2008; 4: 332-342.
- Stewart DW, Shamdasani PN, Rook DW; Focus Group. Theory and practice. *Applied social research methods series. Volume 20*. Thousand Oaks: Sage, 2007.
- Hopp TR, Sørensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of cognitive pharmaceutical services (CPS) in professionally active pharmacies. *Int J Pharm Pract*. 2005; 13: 1-11.
- Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Hopp TR, Aslani B. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative study in Australia. *Res Social Admin Pharm*. 2005; 1: 546-564.
- Hopp TR, Klinken BO, Sørensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of cognitive pharmaceutical services in Danish community pharmacies: perceptions of strategists and practitioners. *Int J Pharm Pract*. 2006; 14: 37-49.

37. Field K, Ziebland S, McPherson A, Lehman R. Can I come off the tablets now? A qualitative analysis of heart failure patients' understanding of their medication. *Family Pract.* 2006; 23: 624-630.
38. Howard M, Trim K, Woodward C, Dolovich L, Sellors C, Kaczorowski J, et al. Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial. *J Am Pharm Assoc.* 2003; 43: 566-572.
39. Roberts AS, Hopp T, Sorensen EW, Benrimoj SI, Chen TF, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci.* 2003; 25: 227-234.
40. Watson MC, Norris P, Granas AG. A systematic review of the use of simulated patients and pharmacy practice research. *Int J Pharm Pract.* 2006; 14: 83-93.
41. Watson MC, Skelton JR, Bond CM, Croft P, Wiskin CM, Grimshaw JM, et al. Simulated patients in the community pharmacy setting. Using simulated patients to measure practice in the community pharmacy setting. *Pharm World Sci.* 2004; 26: 32-37.
42. Watson MC, Bond CM, Grimshaw J, Johnston M. Factors predicting the guideline compliant supply (or non-supply) of non-prescription medicines in the community pharmacy setting. *Quality Safety Health Care.* 2006; 15: 53-57.
43. Alte D, Weitschies W, Ritter CA. Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. *Ann Pharmacoter.* 2007; 41: 1.023-1.030.
44. Benrimoj SI, Wemer JB, Raffaele C, Roberts AS, Costa FA. Monitoring quality standards in the provision of non-prescription medicines from Australian community pharmacies: results of a national programme. *Quality Safety Health Care.* 2007; 16: 354-358.
45. Benrimoj SI, Wemer JB, Raffaele C, Roberts AS. A system for monitoring quality standards in the provision of non-prescription medicines from Australian community pharmacies. *Pharm World Sci.* 2008; 30: 147-153.
46. Llor C, Cots JM. The sale of antibiotics without prescription in pharmacies in Catalonia, Spain. *Clin Infect Dis.* 2009; 48: 1.345-1.349.
47. Riu I, Martínez-Martínez F, Grande MD, De Pablo D, Ramos J, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos que trabajan en un grupo de farmacias cuya diferenciación es la prestación de servicios de atención farmacéutica. El caso de Farmacias Trébol. *Pharm Care Esp.* 2011; 13: 48-56.

Fe de erratas

En el volumen 13 n.º 5 de Septiembre-Octubre 2011 (pág. 237) hay un error en una de las comunicaciones orales del VII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, concretamente en la n.º 56, «Efectividad de una intervención farmacéutica en la mejora de la adherencia a los antidepresivos en pacientes ambulatorios con depresión. Estudio PRODEFAR». Constan 6 de los 7 autores, faltando el último de ellos, el investigador principal del proyecto, Antoni Serrano, de la Fundación Sant Joan de Déu.