

II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud Madrid, 22 al 25 de Junio de 2005

Presentaciones Orales

Autora: Mónica Gogna

Título: Aportes del análisis discursivo a la investigación cualitativa. Reflexiones acerca del trabajo sobre el discurso médico.

En los últimos 25 años, los "cualitativistas" han hecho un considerable esfuerzo por explicitar los principios y mecanismos que subyacen a la transformación de sus notas de campo y transcripciones (de entrevistas o grupos focales) en hallazgos o conclusiones. Diversos textos analizan la íntima relación que existe entre el proceso de investigación y los resultados producidos. Ellos reflexionan acerca de la representación de las experiencias vividas en los settings observados, la interpretación y la "voz" o punto de vista que el investigador toma para informar sus hallazgos (Altheide y Johnson, 1994). El esfuerzo por desarrollar técnicas de análisis obedece a una doble motivación: Por una parte, alcanzar una "vigilancia crítica" frente a documentos, biografías, entrevistas y observaciones, evitando así el peligro de lo que Bourdieu llamó "la ilusión de la transparencia" (de Souza Minayo, 1997). Por otra, aumentar la credibilidad de un tipo de investigación que, en algunos contextos o ante determinadas audiencias, aún debe justificar su lógica y dar cuenta de sus criterios de rigor. Como bien señala de Souza Minayo (1997) los aportes del análisis de la enunciación y del discurso resultan especialmente adecuados para tratar el material proveniente de investigaciones en la temática de salud/enfermedad. Por tal razón, esta ponencia tiene por objetivo explicitar algunos de los aportes de estas perspectivas para el análisis del discurso de los médicos/as.

El corpus analizado pertenece a una investigación realizada en Argentina a fines de los 90 acerca de las perspectivas de obstetras y ginecólogos sobre cuestiones claves de salud reproductiva (Ramos et al, 2001). El diseño se basó en la complementación de una encuesta auto-administrada a médicos/as de servicios de ginecología y obstetricia de hospitales públicos del Area Metropolitana de Buenos Aires (n=467), entrevistas a jefes de esos servicios (n=35) y grupos focales (n=6). Las entrevistas tenían por objetivo sondear las opiniones de quienes fijan las orientaciones de los servicios y obtener información acerca del contexto institucional en el cual los médicos/as ejercen la tarea asistencial y toman decisiones cotidianamente. Los grupos focales se realizaron luego de concluido el análisis de los datos de la encuesta y tuvieron una doble finalidad: a) iluminar algunas "cajas negras" de los resultados de la fase cuantitativa y b) explorar ciertas cuestiones que necesariamente deben ser abordadas con metodología cualitativa (por ejemplo, qué sucede en un servicio cuando ingresa una mujer con complicaciones de aborto). En esta ocasión, centraremos la atención en el discurso de ginecólogos/as y obstetras respecto del aborto, práctica que en Argentina -al igual que en la mayoría de los países de la región-, es ilegal. (Las dos causales de despenalización que establece el Código Penal son: 1) si el aborto se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios y 2) si el embarazo es producto de la violación de una mujer idiota o demente).

En los grupos focales exploramos, entre otros aspectos, cómo interpretaban los médicos/as que a pesar del elevado consenso acerca de los efectos positivos en términos de salud pública de la despenalización (el 80% estuvo de acuerdo con que "la despenalización del aborto contribuiría a disminuir las muertes maternas") y de que la mitad de los encuestados consideró muy prioritario el debate público sobre el aborto, esta comunidad profesional no se hubiera expedido al respecto

en las escasas ocasiones en que la discusión cobró estado público. El análisis del material dio algunas pistas para entender esta aparente incoherencia o contradicción. La inmensa mayoría de los participantes estuvo de acuerdo con que la despenalización provocaría una disminución de las complicaciones y, por tanto, de las muertes maternas. Sin embargo esta evidencia no resultaba razón suficiente para cuestionar la legislación restrictiva vigente. Las opiniones estaban sólo parcialmente influenciadas por el argumento "técnico" o de salud pública.

Un principio del dialogismo que resultó útil para interpretar el discurso médico es la idea de que "todo enunciado debe ser analizado, desde un principio, como respuesta a los enunciados anteriores de una esfera dada: los refuta, los confirma, los completa, se basa en ellos, los supone conocidos, los toma en cuenta de alguna manera" (Bajtín, 1992, p. 281). En este caso, el discurso de los/as entrevistados estaba fuertemente atravesado por ecos y reflejos de los enunciados de diversos actores sociales y políticos: la iglesia católica, las autoridades sanitarias, el poder judicial y la clase política.

- *Estamos todos de acuerdo. Ahora... ir a poner la cara es ser un kamikaze* (varón)
- *...Es un problema de jerarquía. No poner la cara porque va a traer represalias: tenés represalias por tus pares y tenés represalias por tu hospital, por tu sociedad científica...*(varón)
- *Es ser rotulado* (varón)
- *Es más, yo creo que si uno, digamos, esboza un razonamiento sobre el aborto y su problemática, digamos que hay que solucionarlo, etc, etc, el primer mote es que es un abortero, aunque esté en desacuerdo...* (varón) (Servicio de Obstetricia, Hospital I, grupo de médicos de planta)
- *El poder que tiene la Iglesia en este país* (mujer)
- *Obviamente no manifiesto, pero sí, la política..... pero sí atrás de ellos está la Iglesia haciendo fuerza para que esto no llegue, me parece a mí* (varón). (Servicio de Ginecología, Hospital M, grupo de residentes)

Pero también la población leiga era ese "otro" para y por el cual el enunciado tendrá lugar, presencia que - al decir de Arfuch (2002)- podrá ser real, imaginaria, fantaseada o mediada.

- *Uno ve que la gente que está externa a la medicina se empecina mucho más en ponerse en contra del aborto que la gente que lo ve, que lo vive* (mujer)
- *... Uno piensa de una forma con respecto al aborto, pero el común de la gente por ahí piensa que es un acto de matar a alguien y no lo toma de la forma como uno, que ve las complicaciones de los abortos* (varón).
- *En los profesionales el valor de la complicación asociada a la muerte materna tiene un peso muy importante en lo que digan. Habría que hacer esta misma encuesta en una población grande que no tiene mucho conocimiento de esto. La gente no sabe muy bien* (varón) (Servicio de Obstetricia, Hospital S, grupo de médicos de planta)

Volviendo a Bajtín, una mirada "dialogista" permite identificar también otra polifonía: una disparidad de "voces" en el discurso de un mismo sujeto. Al respecto, resulta ilustrativo el testimonio de una médica:

- *Yo, personalmente, si a mí me preguntan como médica si legalizaría el aborto o no, sí lo legalizaría. ¿Por qué? Porque disminuimos mucho la cantidad de muertes. Pero si me lo preguntan como persona, no. Porque no está en mis convicciones.*

Aunque no siempre de forma tan transparente, este tipo de discurso aparece con cierta frecuencia en las entrevistas y grupos focales. Así, un jefe de servicio señalaba:

- *Para mí la anticoncepción de emergencia es abortiva. Porque actúa sobre el huevo en desarrollo, que no están implantado, pero ya está, ya tiene la carga genética, es un ser indivisible... Desde el punto de vista legal, para mí es exactamente igual que un aborto a los tres meses. Yo no digo que no sea práctico... Y ahora que no me escucha nadie, si la violaran a mi hija, yo no sé si no se lo daría, porque a uno se le queman los papeles cuando es uno... (varón)*

Esta suerte de "diálogo con el propio discurso" ha sido destacado también por investigadores enrolados en otras perspectivas. Particularmente sugerente resulta el "análisis descriptivo de los discursos con una agenda crítica" que realiza Susanna Rance de las perspectivas de los médicos sobre el aborto en Bolivia. Adaptando la noción de "repertorios" utilizada por Gilbert y Mulkay (1984) en el análisis de los discursos científicos, Rance postula la existencia de diferentes "voces" en el discurso médico. "Para elaborar su tipología de discursos, Gilbert y Mulkay se fijaron en el estilo de lenguaje –formal o informal, neutral o subjetivo- que caracterizaba cada repertorio. Al adaptar su modelo a los discursos médicos, llegué a una triple categorización basada en estilos y frases particulares. Preferí hablar de 'voces' en lugar de repertorios porque este término era más corriente y accesible para un público no especializado. Además, resultaba alusivo a la 'voz de la medicina' y la 'voz del mundo vivido (lifeworld)' identificadas por Mishler en su análisis de la interacción médico-paciente" (Rance, 2001). Utilizando esta tipología, la autora ilustra cómo un mismo equipo médico representó a la aspiración manual endouterina como un método excelente en términos técnicos; una tecnología sujeta a normas restrictivas dentro del Servicio por razones éticas; y un recurso que permite superar en forma pragmática la creciente presión sobre las camas y los quirófanos (Rance, 2002).

¿Qué ocurrió cuando la investigadora presentó sus conclusiones a los sujetos del estudio? Rance utilizó dos estrategias: a) la identificación de voces cambiantes acerca de varios elementos de la atención pos-aborto y b) un dossier de relatos contrastantes acerca de un "evento crítico" (la realización de un procedimiento de aspiración manual endouterina a la Sra. L.). Los resultados de este "ejercicio" son realmente muy útiles para pensar cómo "devolver" resultados a los sujetos de nuestras investigaciones (y, en particular, a los profesionales de la salud). Obviamente, su intención no era sólo chequear la credibilidad de los hallazgos sino fundamentalmente producir cambios en sus perspectivas. Mientras que el análisis de las "voces cambiantes" fue bien recibido en general por los médicos, las reacciones al dossier fueron negativas. La noción de "alternancia en los repertorios", que no implica un juicio de valor respecto de las voces cambiantes, resultó útil a los médicos para auto-justificar aparentes inconsistencias o contradicciones. El dossier en cambio, al construir el evento crítico a partir de varias narraciones, "deconstruye" la autoridad profesional del médico (equipara su relato al de actores 'menos calificados/as'; lo "cristaliza" como "el malo de la película") (op.cit., p.113-114). Esto explica, a juicio de la autora, el rechazo de los médicos al "ejercicio del dossier", que fue acogido de manera más abierta por los estudiantes de 1er año y suscitó cuestionamientos entre los/as médicos/as en formación. El criterio de los médicos ya formados, según Rance, estaba "endurecido por el convencimiento positivista de una sola versión legítima de las cosas". Y volvemos así al comienzo de esta ponencia.

Referencias bibliográficas

Altheide D, Johnson J. Criteria for Assessing Interpretive Validity in Qualitative Research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of Qualitative Research. California: SAGE; 1994. p. 485-499.

Arfuch, L. Dialogismo. En: Diccionario de Sociología de la Cultura. Buenos Aires: Paidós; 2002.

Bajtín M. El problema de los géneros discursivos. En: Estética de la creación verbal. 5ta ed. México, DF: Siglo XXI; 1992.

De Souza Minayo MC. Etapa de Análisis o tratamiento del material. En: El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar; 1997. p. 165-207.

Gilbert G, Mulkay M. Opening Pandora's Box. A sociological analysis of scientists' discourse. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.

Ramos S, Gogna M, Petracci M, Romero M, Szulik D. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica? Buenos Aires: CEDES; 2001.

Rance S. Voces cambiantes: discursos médicos sobre la anticoncepción postaborto (ponencia). VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Santa Clara, Perú. Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud; 2001.

Rance S. Mejorando la calidad de la atención postaborto: estrategias de intervención sociológica en territorio médico. En: Gogna M, Ramos S, compiladoras. Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad; 2002. p. 104-115.