

Article

Amazement, pauses and whereabouts. The methodological path followed by a research beginner in a transnational context

Asombros, pausas y paraderos. El camino metodológico seguido por una investigadora principiante en un contexto transnacional

Alejandra Lizardi-Gómez
University of Guadalajara
Colotlán, Jalisco, México

© 2007 Lizardi-Gomez. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Explaining the decisions taken in the methodological development of a study ensures rigor in the process of qualitative research. However, few researchers are concerned about outlining the reasons for their methodological strategy selection and the results obtained. A study on chronic illness care in a transnational community is an example where traveling down the methodological path took a different turn than originally intended. In this study the author explains why it was necessary to adopt methodological strategies, keeping in mind the concepts of reflexivity and flexibility. Additionally, several implications are raised in the design due to the transnational characteristic of the community and its members.

Resumen

Explicar las decisiones que se toman en el desarrollo metodológico de un estudio garantiza el rigor del proceso de investigación cualitativa. Sin embargo, son pocos los investigadores preocupados por exponer las razones de selección de las estrategias metodológicas y los resultados obtenidos. En una investigación sobre la atención a un padecimiento crónico en una comunidad transnacional, el camino metodológico tomó un camino diferente al planteado en su inicio. En este trabajo se explican las razones por las que fue necesario adaptar estrategias metodológicas, reconociendo dos conceptos: reflexividad y flexibilidad. Se plantean además, algunas implicaciones en el diseño por la característica transnacional de la comunidad y sus miembros.

Keywords: qualitative methodology, reflexivity, flexibility, chronic illness, transnational community

Palabras clave: Investigación cualitativa, reflexividad, flexibilidad, padecimiento crónico, comunidad transnacional.

Author Note: Este artículo tiene como base la experiencia de investigación con que obtuve el grado de Maestra en Ciencias Sociales en la Universidad de Guadalajara, México, como alumna becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Agradezco a Ofelia Woo su amistad y apoyo como directora de la tesis y a Francisco Mercado sus comentarios a una versión previa de este trabajo.

Explicar las decisiones que se toman a lo largo del camino metodológico en una investigación cualitativa es una acción de defensa. Souza (2000), lo subraya al reconocer que la investigación cualitativa está expuesta a la crítica por parte de la comunidad científica. Para esta autora, el que estén claramente demostradas las acciones del investigador y la influencia de los eventos en el estudio garantiza el rigor, la verdad de todo el proceso en la investigación cualitativa. En ello coincide Maggs-Rapport (2001), quien recomienda adquirir un amplio conocimiento de los géneros metodológicos, para que una vez elegido uno de ellos, se defiendan las decisiones a través de informes claramente presentados. No obstante la importancia de lo anterior, Mercado, Alcántara, Lara, Sánchez, y Tejada (2002) reconocen la poca preocupación de los investigadores por exponer con detalle las razones por las cuáles seleccionan sus estrategias metodológicas, y explicar la experiencia al emplearlas así como los resultados obtenidos.

Si elegir caminar por el sendero cualitativo presupone saber defenderse, cuando se inicia apenas este recorrido, la defensa más que aprendida parece innata. Queda patente mi defensa como investigadora principiante desde el título de este artículo. En un principio se defiende uno consigo mismo para reconocerse investigador, después ante los demás para presentarse como tal. Continúa la defensa buscando la forma de acercarse al fenómeno que nos llenó de curiosidad y de valor para intentar aprehenderlo y arrecia para elegir la forma de dar a conocer su reconstrucción. Además, sin finalizar jamás de desentrañar el fenómeno, nos defendemos sobre cuánto hace falta profundizarlo, incansablemente. La investigación, como asegura Janesick (2004), “está viva y activa, es el uso más apasionante que se da a las diferentes formas de ver el mundo y de interpretarlo” (p. 14).

Ely (1991), enfatiza que la investigación cualitativa no es para todos, “no es el tipo de metodología para quienes desean una investigación desprovista de intensidad emocional” (p. 132). Esta intensidad de emociones permite comprender dos conceptos centrales dentro de la investigación cualitativa, la flexibilidad y la reflexividad.

La flexibilidad como característica de la investigación cualitativa es para algunos una forma de estimular al investigador a innovar, para otros puede ser punto de crítica como una forma de falta de estructura (Silverman, 2000). Obviando las críticas, para ser innovador se acepta ser flexible. Ely (1991) asegura que no basta una flexibilidad intelectual, aquella que permite al investigador cualitativo permanecer abierto a la información que surge del trabajo de campo y que le permite modificar las ideas iniciales sobre lo que se encontrará; es necesario también ser flexible en cuanto al comportamiento. Con ello la autora invita a considerar la importancia de ser espontáneo y de improvisar durante el proceso de indagación. Esto lo explica Janesick (2004) como el *serendipity* de la investigación cualitativa, cuando el investigador con frecuencia se tropieza con algo que lleva a un recorrido más rico en la indagación sin haber sido planeado al inicio del estudio, y que permite encontrar una enorme cantidad de información significativa para una descripción más completa del estudio.

La reflexividad es, de acuerdo a de la Cuesta (2003), una habilidad humana presente en las interacciones sociales y por lo mismo, presente en la investigación cualitativa que involucra al investigador no como protagonista sino como actor. Según Finlay y Brendan (2003), a menudo, cuando se habla de reflexividad se alude a un análisis de preconcepciones y motivaciones del investigador pertenecientes a la pregunta de investigación. Sin embargo, estas autoras destacan que la reflexividad, va más allá del pensamiento

subjetivo y de las emociones, e incluye la ubicación del investigador y sus prácticas de generación de conocimiento en contextos interpersonales, institucionales y culturales.

Rossmann y Rallis (2003, p. 53) aseguran que dado que el investigador cualitativo aprende y construye, es al mismo tiempo “reflexivamente reflexivo” en el proceso, su investigación es subjetiva pero no por ello asistemática. Además, advierten que la reflexividad no sólo se refiere al investigador, incluye a los participantes. Los participantes reaccionan al investigador, lo que llaman las autoras un reflejo sin examinar. Explican este reflejo como las modificaciones en las acciones de los participantes por la sola presencia del investigador, quien se ha convertido en parte de su mundo social. En este sentido, la reflexividad es el “paquete de reacciones” recíprocas entre el investigador y los participantes (p. 50). La validez de los estudios cualitativos aumenta potencialmente por acción de la reflexividad, según Hall y Callery (2001).

El propósito de este artículo, es exponer las decisiones tomadas a lo largo del camino metodológico en una investigación sobre la experiencia de atención al padecimiento crónico en una comunidad transnacional. Dicha investigación significó enfrentarme por primera vez a un proceso de indagación ideado de manera individual, como parte de un programa de maestría. Después de dos años colaborando como asistente de investigación me enfrentaba a “mi” propio fenómeno de estudio. Intento dar cuenta de cómo las decisiones y acciones dentro del derrotero metodológico fueron “deliberadas y conscientes”, parafraseando a Rossmann y Rallis (2003, p. 53), para facilitar el entendimiento sobre cómo fue hecho el estudio y para que se valore su pertinencia.

He elegido hacer un recuento del proceso de investigación de manera cronológica. Asentar cómo día a día se desarrollaba el diseño de la investigación en todas las etapas conceptualizadas por Denzin y Lincoln (2000) como: reflexión, planificación, entrada, obtención de información, alejamiento del campo, análisis y redacción. Un componente adicional a esta primera experiencia fue que el estudio lo realicé en una comunidad en la que no era desconocida. Me unía a ella una historia personal de 36 años, edad que tenía en ese entonces. Las sorpresas fueron ininterrumpidas a lo largo de dos años de trabajo de campo, paralelo a la redacción de la tesis.

El inicio del estudio

Las decisiones al inicio de un estudio tienen que ver con qué se estudia, bajo qué circunstancias, por cuánto tiempo y con quién (Janesick, 2000). La pregunta que guía la investigación, como el enfoque teórico del que parte el investigador, condicionan los procedimientos de recopilación y análisis de los datos (Calderón, 2002). Simultáneamente a la formulación de una pregunta rectora, el investigador cualitativo debe seleccionar un escenario de acuerdo con alguna lógica (Janesick, 2000) “ya que el investigador tiene una pregunta, un escenario, un número de participantes y un periodo de tiempo razonable para llevar a cabo el estudio, es necesario decidir cuáles son las técnicas de recolección de datos más apropiadas para la investigación. La selección de estas estrategias va íntimamente ligada a la manera en que el investigador ve el propósito del trabajo, es decir, de cómo entender el escenario social a estudiar” (p. 384).

Lo que estudié giró alrededor de dos preguntas surgidas de qué es una comunidad transnacional, y cómo sus miembros atienden una enfermedad crónica cuando se desplazan a lo largo de este espacio, entre la comunidad de origen y la de destino.¹

Las preguntas rectoras en esta investigación fueron: ¿qué hacen los enfermos crónicos de una comunidad transnacional para atender su padecimiento y por qué lo hacen?, y ¿cuál es el impacto de la transnacionalización en estas acciones y motivos?. De estas preguntas rectoras surgieron otras, una vez que construí un marco teórico dentro de un paradigma, o aproximación, como prefiere llamarles Neuman

(1994). La aproximación que debía elegir, parecía en momentos muy clara y en otros difusa e inquietante. Al parecer esto sucede particularmente al deambular por la orientación cualitativa, así que Denzin y Lincoln (1994) han llamado al investigador cualitativo un *bricoleur*, o entendedor de todos los oficios, al producir una serie de prácticas que proveen solución a un problema en una situación concreta.

Además de elegir un paradigma, debía inclinarme por una perspectiva o método. Las perspectivas las entendería como sinónimo de enfoques, marcos, posturas, orientaciones y corrientes teóricas (Mercado, 2002). Para Denzin y Lincoln (1994) las perspectivas, en comparación con los paradigmas, son sistemas menos desarrollados y se puede desplazar más fácilmente entre ellos. De forma que el investigador *bricoleur* trabaja entre y dentro de perspectivas y paradigmas que compiten y se superponen. Para el *bricoleur* esto se entiende como que la investigación es un proceso interactivo moldeado por su historia personal, biografía, género, clase social, raza y etnicidad, junto con las de aquellos en el escenario de la investigación.

La aproximación elegida fue la interpretativa, dado el lugar primordial que deseaba otorgar al punto de vista de las personas enfermas. Neuman (1994, p. 62) subraya que la aproximación interpretativa “es el análisis sistemático de la acción socialmente significativa, a través de la observación directa y detallada de las personas en sus escenarios naturales, para lograr entender e interpretar cómo la gente crea y mantiene sus mundos sociales”.

Al avanzar como *bricoleur* recurrí a tres conceptos que me facilitarían responder a las preguntas rectoras. Estos a su vez generarían preguntas. Los conceptos aludidos son los de redes sociales, representaciones y prácticas. Para cada uno de ellos las preguntas estaban planteadas en relación a: 1) el acceso a los recursos para la atención de una enfermedad crónica a través de redes sociales construidas en el espacio transnacional; 2) el significado otorgado por quien padece la enfermedad crónica a los miembros de esta red social y sus acciones como elemento que les permite ser parte de ella; 3) la experiencia de un padecimiento crónico por miembros de la comunidad transnacional interpretada a través de sus prácticas de atención y; 4) los elementos del fenómeno de transnacionalización que se revelan en sus prácticas y representaciones.

Después de hacer las preguntas habría que elegir un escenario para responderlas. Según Canales, Alvarado y Pineda (1994), el área de estudio sería elegida por las características que la diferencian de otras y que son de importancia para realizar un estudio e interpretar los hallazgos. Existen en México numerosas comunidades que pueden considerarse transnacionales. La antigüedad del fenómeno no necesariamente imprime este adjetivo, hay comunidades transnacionales en las que la historia de migración internacional podría considerarse reciente. Sin embargo, se eligió una comunidad de la zona noreste de Jalisco, México, un estado al occidente del país considerado típicamente expulsor de migrantes hacia Estados Unidos. En esta comunidad, que contaba en el año 2000 con 14362 habitantes (INEGI, 2000); el fenómeno de la migración internacional ha estado presente por más de un siglo, sin interrupción y en constante aumento, dando lugar a redes sociales que la sostienen y le dan continuidad. Cumple, con lo que exponen Massey, Alarcón, Durand y González (1991, p. 170), sobre el desarrollo de una estructura social compleja que apoya la migración, la alienta y la hace “una opción accesible a todos los sectores sociales [que] se transforma de un fenómeno aislado en un movimiento masivo fundamental para la comunidad”. Este movimiento masivo, genera campos sociales que atraviesan fronteras geográficas, culturales y políticas, como definen Glick-Schiller, Basch y Blanc-Szanton (1992) al transnacionalismo. En la descripción del contexto en que se llevó a cabo esta investigación es posible advertir el devenir de la comunidad en una comunidad transnacional. En ella hay una continua circulación de personas, dinero, bienes e información que generan un circuito migratorio transnacional (Rouse, 1991) y no sólo se da un flujo de bienes e información que satisface las necesidades básicas de sus habitantes a través de cambios en el orden económico y social, con la aparición de casas de cambio, transacciones en dólares, agrupaciones religiosas y patronatos binacionales. También responde al proceso salud-enfermedad-

atención de diversas formas, una de ellas es el crecimiento acelerado de la infraestructura sanitaria gracias a la demanda de servicios especializados de su población migrante. Otra es el aumento de relaciones entre profesionales de la salud, y usuarios de los servicios en un lado y otro de la frontera (Lizardi-Gómez, 2003).² La elección de esta comunidad estuvo unida a una historia personal. En ella nacieron mis padres. Los viajes de sus hijos desde la capital de México cada verano y fin de año con estancias prolongadas en casa de los abuelos, lograron que naciera un enorme afecto por el lugar, y un deseo de que ese fuera también mi lugar de origen. Al adoptarlo asumí un riesgo, desde pequeña ha habido entre mis familiares y amigos, alguien que promete volver ante la decisión de emigrar a Estados Unidos.

Una vez elegido el escenario hubo que establecer criterios de inclusión de los posibles participantes, quienes debían ser migrantes. Un primer criterio de inclusión tendría que ser la recurrencia de los viajes, dado que en un inicio tuve en mente conocer la experiencia de aquellas personas que iban y venían entre México y Estados Unidos con una enfermedad crónica a cuestas. Massey et al. (1991) clasifican de acuerdo a la estrategia migratoria con base en los momentos de los viajes y el tiempo de permanencia en ambos países, a cinco tipos de migrantes: nuevos, retirados, establecidos, recurrentes y temporales. Consideré que los recurrentes serían los idóneos, dado que se les llamaba así por haber hecho como mínimo tres viajes, y haber realizado al menos un viaje cada dos años o pasar la mitad del tiempo fuera de la comunidad de origen. Posteriormente, al conocer el concepto de transmigrante,³ lo elegí como categoría que sustituiría a la anterior, la de migrante recurrente. Se denomina transmigrantes a las personas que forjan y mantienen vivas las conexiones entre el país de origen y el de destino (Glick-Schiller et al., 1992).

Además de ser migrantes, los participantes tendrían que padecer una enfermedad crónica. Una enfermedad crónica es una enfermedad o incapacidad que persiste a través del tiempo y causa periodos de incapacidad continuos o episódicos (Luft y Koch, 1998). Es una forma de enfermedad que no cabe en un patrón de salud de crisis y resolución, sus periodos de duración pueden ser por toda la vida, y se convierten en un tipo de sufrimiento constante y continuo (Garret, 2001). Algunos ejemplos son el asma, la hipertensión, la artritis y la diabetes. Otro criterio para la selección de los participantes, junto con ser migrante recurrente y padecer una enfermedad crónica, fue la cantidad de años de su experiencia migratoria. No consideré importante qué tan viejo sería el diagnóstico de la enfermedad, sino qué tan vieja sería la experiencia del migrante con los servicios de salud, especialmente en Estados Unidos. La cantidad mínima de años de experiencia migrante para ser incluido fue de 5 años. Esto directamente relacionado con el hallazgo de Massey et al. (1991) sobre los altos porcentajes de migrantes que hacen uso de los servicios médicos en aquel país a partir del quinto año de experiencia migrante.

Era necesario también conocer el punto de vista de otros que forman parte de la comunidad, no necesariamente los sujetos principales de estudio, los informantes clave. Hudelson (1994) define a los informantes clave como las personas que poseen un conocimiento especial sobre la cultura a ser estudiada por el investigador y que están en posibilidad y con disposición a compartirlo.

Como informantes clave consideré a médicos, enfermeras, farmacéuticos, hierberos, sacerdotes y representantes de agrupaciones comunitarias y transnacionales con los que se pudiera tener contacto a lo largo de la fase del trabajo de campo.

Aún cuando el escenario elegido me era tan familiar, llegar a él en abril de 2001, bajo la condición de investigadora, se convirtió en momentos en algo preocupante. Me preguntaba si el hecho de conocer a numerosos habitantes que ignoraban mi reciente formación académica y el repentino interés por acercarme a migrantes enfermos daría lugar a juicios valorativos que dificultarían el acceso a los participantes. Eso no sucedió. Una posible explicación para mis temores infundados es que cumplía de cierta forma con lo que Eide y Allen (2005) llaman modelo transcultural de selección de participantes, en

el que conocer y ser conocido es algo crucial para tener éxito. Este modelo se compone de tres conceptos: contexto, confianza y conocimiento de la persona.

Comencé platicando sobre el proyecto con algunos familiares y amigos, y desde ahí surgían nombres de posibles participantes; surgían también puntos de vista sobre el problema de estudio en los comentarios de quienes me escucharon esas primeras veces. Desde ese momento inicié un diario de campo. Evitar hablar del asunto que me llevaba a la comunidad no era posible. Esto también me preocupó en el sentido de conservar la confidencialidad de los testimonios. Con el tiempo pude quedarme tranquila. A ninguno de los participantes le interesó mucho el asunto del anonimato. Al planteárselos, casi todos rieron, y dijeron que “todo el mundo” sabía que estaba enfermo o enferma. Esta disposición de los participantes a no ser disfrazados me cautivó. Eide y Allen (2005) refieren que los miembros de una comunidad, suponen saber los problemas de los demás. Para las autoras, en culturas donde el modo de comunicación preferida es la oral, los acuerdos de confidencialidad escritos, por ejemplo, son de poco peso. Pensé repetidamente sobre el asunto, no obstante terminé utilizando seudónimos en la presentación de los hallazgos, ya que algunos participantes por ciertos puntos que aparecían en la conversación, me preguntaban si sólo yo iba a escuchar sus grabaciones.

El calendario para el estudio debía ajustarse a los tiempos del programa de maestría. El trabajo de campo lo inicié a partir del segundo semestre, acudí a la comunidad sólo en vacaciones y fines de semana, y lo llevé a cabo hasta marzo de 2003, seis meses después de terminado el programa y en el proceso de redacción de la tesis.

Durante ese tiempo atravesé las etapas a que alude Janesick (2000) en lo que llama la coreografía de la investigación. El *calentamiento* o las decisiones del diseño que se hacen al inicio del estudio; el *ejercicio completo* durante el cual se toman decisiones de diseño a lo largo del estudio; y la etapa de *enfriamiento*, en la cual se toman las decisiones sobre el diseño al final del estudio.

En la primera etapa, después del acceso y entrada al escenario y la definición del calendario de estudio, seguiría la selección de estrategias de investigación. Rossman y Rallis (2003) afirman que los investigadores, especialmente los principiantes, deben evitar elegir estrategias de recopilación y análisis de información basándose en una distinción cualitativa o cuantitativa, sino en lo que quieren conocer y las preguntas que encaminarán a ese conocimiento. Yo deseaba conocer la experiencia de atender una enfermedad crónica junto a la experiencia migratoria. Neuman (1994) señala que el acercamiento interpretativo es la base de las técnicas de investigación social sensibles al contexto y que utilizan varias estrategias para ir al interior de la visión del mundo de los otros. Breilh (1994) considera que estas estrategias serían las que denomina técnicas intensivas o cualitativas, por medio de las cuales se enfoca al conocimiento del mundo más íntimo de lo cotidiano y las relaciones del micromundo familiar y personal. Las técnicas de evocación, de acuerdo al autor, son aquellas que sirven para obtener el material cualitativo que permite estudiar el lenguaje o el discurso, entre ellas, la entrevista y la observación participante, las historias y relatos de vida, y aquellas que se emplean para el análisis de los textos, como el análisis estructural, de contenido y del discurso.

Bertaux (1981) considera que las narraciones recuperan la capacidad subjetiva del informante y la importancia de lo singular en la comprensión de los procesos sociales; y que si se ubican e interpretan los resultados a la luz del marco histórico del grupo y la sociedad, esta técnica puede dar rica información acerca de los comportamientos, ideaciones, prácticas y estrategias que serían inaccesibles a otras técnicas por su rigidez y su registro formal estandarizado. Por las descripciones de estos autores, las narraciones obtenidas por alguna técnica de evocación, convenían para responder a los objetivos del estudio.

Al iniciar el estudio sólo tenía como guía de entrevista los puntos que a mi parecer cubrían las experiencias de migración y de la enfermedad, y alguna otra información sociodemográfica. Definí a esta

como guía de una entrevista semiestructurada. La entrevista semiestructurada es guiada, enfocada, y abierta a eventos que son co-creados por el investigador y el entrevistado (Miller y Crabtree, 1999). Minayo (1994) enfatiza que la elaboración de una entrevista semiestructurada debe insertarse dentro de una visión que no la considere un obstáculo, en tanto que es sólo una guía que no podría prever todas las situaciones y condiciones del trabajo de campo; la cual debería constar de apenas algunos puntos que se vuelven indispensables para el delineamiento del objeto en relación con la realidad empírica, y debe responder a las siguientes condiciones: a) cada pregunta que se haga será parte del delineamiento del objeto y todas deben encaminarse a dar forma al contenido; b) que permita ampliar y profundizar la comunicación; c) que contribuya a que surjan la visión, los juicios y la relevancia respecto a los hechos y las relaciones que componen el objeto desde el punto de vista de los interlocutores.

No obstante las sugerencias de la literatura, en estas primeras guías no incluí ninguna pregunta para el migrante enfermo ni para los informantes clave. Había dos grandes temas, la experiencia migratoria y la enfermedad. Dentro de ellos, había puntos como el año de la primera migración, el motivo que la originó, el estatus migratorio, el tipo de padecimiento, el tratamiento al que se recurría, y la utilización de servicios de salud, entre otros. Un total de seis puntos abarcaban el primer tema sobre migración y doce el de la enfermedad. Los puntos eran menos si se trataba de informantes clave.

Ferraroti (1980/1993) sugiere que para evitar una distorsión subjetivista y una desarticulación de lo singular es útil conocer la dinámica de los grupos que serían instancias mediadoras entre los participantes, la familia y la comunidad. Esto significa que no sólo se deberían levantar las entrevistas sino el análisis de la historia y movimiento de los grupos a quienes están ligados los informantes. Esta sugerencia me pareció adecuada, el seguirla me llevó a cuestionamientos sobre el tipo de estudio que consideré sería de tipo etnográfico. Otorgarle este carácter no fue fácil, dado que existen contradicciones entre calificar un estudio como interpretativo o etnográfico, de acuerdo a lo que se intenta interpretar. Maggs-Rapport (2001), diferenciaría un estudio fenomenológico interpretativo, en comparación a uno etnográfico, si en el primero se busca el significado oculto de un fenómeno a través del lenguaje. Mientras que el segundo explora el significado que dan las personas a su mundo cultural, en el que el investigador observa no solo el campo, sino las acciones de los participantes, además de dejar hablar a los datos y no buscar significados ocultos. En este estudio no se observaron las acciones sobre la atención al padecimiento, tampoco las de la experiencia migratoria, a excepción de que esa experiencia convirtió a la comunidad de los participantes en una transnacional, y estar en ella conociéndonos, era una acción observable.

Sin embargo, y sin querer abusar de la flexibilidad de la investigación cualitativa, dada la exploración de la comunidad y la reconstrucción que hice de su historia de medicalización y migración, denominé a este estudio como etnográfico. Otro asunto que confronta hoy el hecho de emplear este adjetivo, tiene que ver justamente con uno de los conceptos centrales de este artículo, el de reflexividad. Denscombe (1998) habla de una tensión en la etnografía entre el naturalismo y la reflexividad, por presentar relaciones y eventos tal y como se dan, o por defender un entendimiento generalizado de la sociedad, a través de la construcción de valores y creencias del investigador dentro del proceso inquisitivo, clarificando su papel en el desarrollo y resultados del estudio. Hammersley y Atkinson (1995) defienden el hecho de que un acercamiento reflexivo a la etnografía puede resultar en un estudio construido por el mismo etnógrafo, pero no por ello es de menor valor al representar un fenómeno social. En apoyo a lo anterior, Souza (2000, p. 448) destaca las características principales de los estudios etnográficos incorporando aquella “visión desde la perspectiva del participante/investigador”.

Respecto al número de personas que incluiría como participantes, insistía y deseaba que fueran cerca de treinta. Un número ambicioso que tenía en la cabeza dada mi experiencia previa como asistente de investigación. Ese era el número de participantes en dos proyectos en que colaboré. Para tal fin, me pareció adecuada la técnica de la “bola de nieve” como técnica de muestreo. Según autores como Taylor y Bogdan (1987), el modo más fácil de constituir un grupo de informantes es dicha técnica. En el inicio se

pueden ubicar informantes potenciales a través de la averiguación con amigos, parientes y contactos personales, el compromiso activo con la comunidad de personas que se quieren estudiar y la aproximación a organizaciones y organismos. En este tipo de muestreo, se identifica de alguna manera, a algunos miembros del grupo que se desea estudiar. Ellos mismos se utilizan para identificar a otros posibles participantes, que conocen a su vez a más posibles participantes (Patton, 1990). A menos que el grupo sea muy grande, pronto se llega a un punto en que los esfuerzos para agregar miembros no pueden ser justificados en términos del agotamiento de recursos y energía; este punto podría pensarse como el punto de redundancia (Lincoln y Guba, 1985).

Una vez seleccionados los participantes, las entrevistas serían realizadas en sus hogares o en el lugar que les permitiera sentirse en libertad de platicar sobre su experiencia. Todas ellas se grabarían si el participante accedía y se tomarían notas de campo sobre las características de la entrevista y de su contexto. Las entrevistas y las notas de campo se transcribirían íntegramente para obtener una copia impresa de ellas que permitiera su lectura y codificación.

Sobre estas decisiones no hubo cambios en las etapas posteriores. Vale la pena destacar que todas las entrevistas de los migrantes y sus familias se realizaron en sus hogares. Las de los informantes clave, en sus lugares de trabajo. Desde esta etapa, me propuse hacer uso del programa de computo *Ethnograph* para transcribir las entrevistas. Este es un programa especializado para el análisis de textos. El formateo de las entrevistas transcritas, consiste en la posibilidad de numerar los renglones de la transcripción y en aglutinar el texto de las entrevistas en forma de columna, dejando en blanco la mitad derecha de cada página, con el fin de facilitar en ese espacio la labor de codificación (Castro, 2000).

Con ayuda de este programa también consideré llevar a cabo la codificación de las entrevistas. La codificación representa una clasificación preliminar de los resultados, a fin de incluirlos en un código o categoría que tiene sentido dentro del acercamiento teórico al problema de quien investiga (Amuchástegui, 2001). No me atreví en ningún momento, antes de obtener la información por medio de las entrevistas, a crear algún código. Así como los puntos de las guías de investigación, si lo hubiera hecho, habrían sido pocos y muy generales.

En esta etapa pensé que la forma adecuada de analizar la información sería el análisis de contenido. En este análisis se preestablece un esquema a partir de la identificación de temas generales y específicos del estudio, permitiendo dicho esquema la codificación de la información para su análisis (Mercado, 1996). Operacionalmente, destaca Minayo (2000), este análisis parte de una lectura de primer plano para alcanzar un nivel mas profundo, superando los significados manifiestos. Pretendía con él, como lo sugiere Bernard (1988), buscar temas comunes en las entrevistas con estrategias como comparación, contraste de observaciones, agrupación de temas y patrones.

Esta primera etapa abarcó de abril a julio de 2001. Para entonces había entrevistado a cinco migrantes; dos cónyuges de migrantes, dos hijos y cuatro informantes clave. Trece informantes en total.

Decisiones a lo largo del trayecto

En una segunda etapa Janesick (2000) menciona los que denomina *ejercicios de estiramiento*. Estos ejercicios permiten practicar las estrategias de entrevista, de observación, de escritura, de reflexión y las habilidades artísticas para refinar los instrumentos de la investigación.

Asimismo reconoce que allí por lo general, se toman decisiones respecto al uso del tiempo y a aspectos concernientes a los participantes y al investigador. Estos aspectos estarían ligados a lo impredecible del trabajo de campo, por lo que “el investigador debe estar dispuesto a reacomodar actividades dentro del

cronograma, a hacer ajustes en cuanto al tipo y número de entrevistas y observaciones y a reemplazar o agregar participantes” (p. 387).

Después de la descripción de esta etapa, quizá el lector reconozca que algunas resoluciones de la primera etapa parecieran pertenecer a la segunda. A través de todo el diseño de la investigación, que implica su ejecución simultánea, se toman decisiones. Intenté clasificar cada una por el uso de ciertas herramientas metodológicas dentro de cada etapa, pero las fronteras entre una y otra se difuminaron pese a cualquier intento. De tal forma que la narración de las decisiones de la primera etapa obedecen a la única frontera objetivamente delimitada: la del tiempo.

La búsqueda de antecedentes sobre el tema de estudio, parte que Janesick (2000) considera dentro de esta etapa, fue una actividad ininterrumpida incluso antes de definir las preguntas centrales de la investigación. Los temas de la búsqueda fueron haciéndose más específicos conforme avanzaba el diseño del estudio, y no sólo ofrecieron información sobre los temas centrales, migración y salud, sino de una vasta literatura sobre aspectos metodológicos.

La intensidad del trabajo de campo no fue mayor a partir de los *ejercicios de estiramiento*, sin embargo, las actividades requirieron de atención más detallada. Esta etapa tuvo lugar de agosto de 2001 a enero de 2002. En la descripción que hago a continuación se encuentra uno que otro brinco al pasado, es decir, a aquel abril donde inició el estudio. Las estrategias metodológicas en este periodo tomaron el siguiente derrotero.

Cambios en la selección de los participantes

Una de las decisiones que se modificaron casi inmediatamente después de iniciar el trabajo de campo, fue la de muestreo. A la primera posible participante la conocí porque su hijo fue un amigo de antaño. Una noche, recorriendo la comunidad, nos encontramos y platicamos largamente. Al surgir en la conversación la razón de estar yo ahí, resultó que sus padres reunían los criterios que había establecido para ser entrevistados. Al día siguiente me presentó a su madre, que padecía al igual que su padre, diabetes. Su hijo habló de que yo era enfermera, y que sabía mucho de su enfermedad, que me preguntara todo lo que quisiera. Respondí a muy pocas de sus preocupaciones, al tiempo que le cuestionaba sobre su experiencia migratoria. Le pedí visitarla en otra ocasión y que me permitiera grabar nuestra próxima conversación. Le pregunté sobre otras personas que estuvieran en una situación parecida a la de ella, y me dio el nombre de un cuñado. Todo fue tan sencillo y amable, que no pude sino sentirme afortunada. Cuando la visité de nuevo, la encontré en la puerta de su casa, sentada en una silla al lado de su hijo, me dijo que se sentía bien, que no había tenido molestias y que no necesitaba una consulta. Hall y Callery (2001) han destacado que los participantes en una investigación esperarían que las enfermeras intervengan en un acto de reciprocidad. Hamberg y Johansson (1999) por su parte, relacionan este tipo de eventos con el posicionamiento que nos otorgamos y en el que nos colocan los participantes, en este caso, como investigadora, como enfermera y como mujer. “Cada posición refleja diferentes discursos y reaccionamos de forma diferente, dependiendo que posición se dispara con algunas oraciones durante la entrevista” (p. 459). La posición en que me ubicó la participante y en la que me ubiqué, fueron diferentes. Sin advertirlo, el papel que prevaleció durante nuestro primer encuentro fue el de enfermera, aun cuando me haya posicionado como investigadora. La segunda vez que la vi, su rechazo pudo deberse a un momento inoportuno o a que no recibió a cambio toda la información que esperaba sobre su padecimiento en nuestro primer encuentro. A partir de entonces procuré permanecer en una posición que no volvió a ser la de enfermera. Recibí la sugerencia, por parte de la directora de la tesis, de presentarme como estudiante de maestría y establecer como objetivo de las entrevistas el escribir una tesis. Además, debía evitar que los familiares o conocidos de los posibles participantes me los presentaran personalmente. Mucho mejoró en adelante, aunque había que reconocer lo que enuncian Eide y Allen (2005, p. 8) “las cosas pueden, e irán mal, durante todo el proceso de entrar a una comunidad y planear e implementar una investigación”.

Ante la frustración de haber perdido a una participante ideal, aproveché el recorrido que llevaba a cabo caminando para identificar la infraestructura sanitaria de la comunidad y preguntar a quien me encontraba a mi paso, si conocía a alguien que fuera a trabajar a Estados Unidos y tuviera diabetes, hipertensión u otro tipo de enfermedad crónica. Muchos dijeron que sí, pero sólo dos personas me dieron más información. Una de ellas, me envió a casa de su cuñada, pero al llegar me dijeron que vivía en otra localidad y sólo iba los domingos. Como había decidido incluir sólo a aquellos habitantes de la cabecera municipal no continué indagando sobre su situación particular.

La otra persona fue Clara. Estaba fuera de su casa vendiendo raspados de hielo con sabores. Ella y su esposo, Lucio, tenían diabetes. Lucio estaba en ese momento en Estados Unidos, en California, porque sus hermanos lo invitaron para atender su diabetes cerca de ellos. Me permitió grabar esa primera conversación en abril de 2001. En mayo de 2002, conocí a Lucio y me ofreció una cautivante y larga entrevista. Hubo otros encuentros con ellos dos, quienes se convirtieron en parte medular de la investigación.

Continuando con el recorrido, obtuve información sobre dos personas más que padecían otras enfermedades crónicas. Una tenía una enfermedad de la piel, y la otra asma. Visité sus hogares y me presenté con alguien de la unidad doméstica, pero no hubo ocasión de conocerlos personalmente ni de tener una conversación con ellos.

Por esos días de abril conocí y entrevisté a Josefina y a su esposo Ignacio. Josefina padece asma e hipertensión. Las experiencias migratorias de ambos me sedujeron. Ninguno de ellos accedió a que la entrevista fuera grabada. Tomé notas, pero mi capacidad para capturar la información en lo que era parte de esa primera etapa, fue insuficiente. Fue hasta la segunda etapa cuando comprendí, que sin el recuerdo fiel de su discurso no me sería posible interpretar sus significados.

Dado que los pocos migrantes con los que había tenido contacto padecían en su mayoría diabetes, tomé la decisión de aproximarme a los participantes, vía el Centro de Salud, y preguntar sobre los asistentes a los grupos de apoyo para personas con diabetes e hipertensión, los llamados clubes de diabéticos y de hipertensos. De la lista que pude consultar, puse especial atención en aquellos nombres que tenían como observación, la solicitud de permiso para no asistir a la sesión mensual por dos, tres o más veces porque “estarían fuera”; algunas notas eran más explícitas y se leía algo como: “se irá a Estados Unidos por tres meses”. Esta decisión, sobre la selección de participantes, derivó en que se excluyeran migrantes con otros tipos de enfermedades.

De los migrantes con diabetes que conocí, encontré que no todos emigraban por motivos de trabajo. Algunos de ellos, sobre todo las mujeres, emigran con frecuencia para reunirse con sus hijos que trabajan en Estados Unidos, ya sea que hayan decidido emigrar tiempo después que sus padres, o prefirieron permanecer allá aunque los padres iniciaran su carrera migratoria recurrente. Ejemplificando esto, encontré a Jerónimo y a su esposa Brígida, quienes viajan a Estados Unidos por cortas temporadas para visitar a sus hijos. La pareja nunca tuvo su residencia allá, pero Jerónimo viajó para trabajar en dos ocasiones después de casados. Uno de sus hermanos vive permanentemente en California, lo que ha contribuido a que algunos de los hijos de Jerónimo y Brígida emigren y residan actualmente en ese lugar. Las características anteriores de la pareja participante, resultaron en una modificación adicional a los criterios de inclusión para esta investigación. Se tomaría en cuenta dos cosas. La experiencia migratoria a lo largo de la biografía de los participantes, así como la recurrencia actual de los viajes a Estados Unidos, sin importar el motivo, y la vigencia de las redes sociales que permitían sostener esta carrera migratoria.

Hasta aquí se habían tomado tres decisiones que bifurcaron el camino metodológico. Una, el muestreo dejó de aspirar a una saturación por medio de la “bola de nieve”. A partir de esto se eligió una técnica alternativa, la del muestreo intencional, conocido también como no probabilístico, en base a criterios o de

juicio (Ritchie, Lewis y Elam, 2003). En este, se entrevista a las personas que llenan los criterios establecidos tratando de diversificar la manera en que se establecieron los contactos para acercarse a ellas (García y de Oliveira, 1994). Sus propósitos son dos. El primero es asegurar que los componentes clave de relevancia al tema de estudio estén cubiertos, y el segundo, asegurar que dentro de cada criterio clave se incluya alguna diversidad que permita explorar el impacto de la característica que interesa estudiar (Ritchie et al., 2003). “Aunque este muestreo implica algunas elecciones deliberadas, esto no debe sugerir ningún sesgo en la naturaleza de las elecciones hechas” (p. 80).

La segunda decisión estuvo relacionada con el tipo de enfermedad crónica. Desde un inicio predominó la diabetes. Aunado ésto a la técnica de muestreo, ello ocasionó una disminución de las enfermedades a ser consideradas en la investigación. Al avanzar en el trabajo de campo, se elegiría a la diabetes como la enfermedad principal. La hipertensión y la artritis se presentaron en algunos casos como enfermedades concomitantes. Por último, para ser incluido como participante un sujeto migrante enfermo, bastaba con que en su biografía apareciera la experiencia migratoria, siempre y cuando cumpliera con los requisitos descritos anteriormente.

La técnica de la entrevista

Mientras se redefinían las características de los participantes y el tipo de muestreo, no me había separado de otros participantes que conocí desde las primeras visitas. Las primeras entrevistas con algunos migrantes se llevaron a cabo en la etapa inicial, así como las de algunos informantes clave. Para la fecha en que estos cambios se estaban dando, ya había tenido la oportunidad de entrevistar en dos ocasiones a Eusebio, quien se convertiría en participante, y a Celina su esposa, quien sería informante clave. Las entrevistas habían durado en promedio una hora. De otros seis informantes clave, contaba con grabaciones de las entrevistas, esto eran dos enfermeras, una del Centro de Salud, responsable de los programas de manejo de diabetes e hipertensión y otra, trabajadora de una clínica particular. Además, un médico, un sacerdote, un cronista y la representante del patronato de la “Casa Hogar”, un asilo de ancianos. Todos ellos fueron entrevistados durante más de una hora.

Aunque la duración de una entrevista no determina la profundidad con que se tratan los temas, en este caso, se había ampliado considerablemente la conversación sobre algunos puntos comunes. Lo anterior me condujo a tomar en cuenta que las entrevistas no estaban siendo únicamente semiestructuradas, sino que se les agregó el adjetivo “a profundidad”. Una vez reconocida la necesidad de profundizar en algunos temas, y de que así habían resultado la mayoría de las primeras entrevistas, el tipo de ésta tomó otro nombre, la de entrevista en profundidad semiestructurada. Existen diferentes posiciones en torno a la entrevista en profundidad. En este trabajo se coincide con Rivas (1999), cuando propone que desde una exploración de tipo semiestructurado se puede propiciar el surgimiento de sentidos y significados de carácter subjetivo que recuperan la particularidad sobre la temática en cuestión.

Definida la entrevista como a profundidad semiestructurada, las guías para llevarla a cabo fueron modificadas. Como señala Castro (2000), el objetivo fundamental de estas guías es ayudar al investigador a mantener presentes los principales temas que interesa cubrir de ser posible, en cada entrevista; “sin embargo, una vez que se invita a los participantes a expresarse libremente sobre los temas incluidos en las guías, la profundidad con que cada tema es explorado, depende de la biografía de cada entrevistado y de los temas que a cada uno le resultan más significativos” (p. 477).

Las guías definitivas incluyeron grupos de preguntas que cubrirían los temas centrales sobre la historia migratoria, las redes sociales y las prácticas y las representaciones sobre la diabetes. Además incluyeron algunas preguntas sobre los puntos generales que prevalecían desde las primeras guías.

Hasta enero de 2002 había realizado dieciséis entrevistas a diez participantes: Eloísa, Eusebio, Jerónimo, Josefina, Roque, Lucio, Luisa, Úrsula, Clara y Brígida. Había entrevistado también a algunos de sus cónyuges e hijos.

Un segundo proceso de selección de participantes

Todas las entrevistas referidas anteriormente – a excepción de la de Josefina- se habían transcrito para enero de 2002. Sin embargo, por las decisiones tomadas en la segunda etapa entre otros motivos, tuve que dejar de contar con las participaciones de dos migrantes: Josefina y Luisa. Además, me adelanté a entrevistar a dos hijos de Julio, quien deseaba se convirtiera en participante y cuyo nombre encontré en la lista del club de diabéticos. Fui optimista en que llegaría pronto el día de conocerlo cuando regresara de California, donde viajó por agravarse su estado de salud, y por la impresión de él y su familia de que en ese lugar recibía mayores y mejores recursos para la atención de su padecimiento en los servicios de salud estadounidenses. Mientras tanto, me acerqué a sus hijos quienes me ofrecieron una fascinante conversación dotada de amplia información sobre el uso de servicios de salud en México y Estados Unidos, sobre las decisiones de quiénes serían los cuidadores de Julio y dónde lo cuidarían, y sobre la dinámica familiar regida por la atención al padre. En cada visita a la comunidad acudía a preguntar si había regresado, pero hasta donde tuve que terminar el trabajo de campo, no lo había hecho. La entrevista con sus hijos, junto con la de Luisa, aportaron valiosa información para reconstruir la medicalización de la comunidad. Las razones por las que Josefina y Luisa no fueron consideradas participantes, las hago explícitas a continuación.

Josefina. La razón de no incluirla quedaron señaladas en párrafos anteriores. La imposibilidad de conservar y reproducir su discurso por medio de una grabación en audio. La única entrevista que realicé con ella y su esposo tuvo en promedio 45 minutos de duración, quizá ésta hubiera bastado para interpretar sus significados, no obstante, en aquella ocasión, en abril de 2001, me dijeron que volverían en diciembre de ese año, es decir, ocho meses después. Hasta un año después, no habían vuelto a la comunidad. Dejé de preguntar por ellos cuando quedó definida la diabetes como la enfermedad que padecieran los participantes para incluirlos, recordemos que Josefina padecía asma e hipertensión.

Luisa. Durante treinta y dos años de carrera migratoria, ella había tenido contacto frecuente, me atrevería a decir ininterrumpido con los servicios de salud en Estados Unidos. El motivo de su migración, aún cuando su esposo había emigrado como trabajador, sólo por periodos cortos, fue la búsqueda de alternativas de atención para dos de sus hijos que nacieron con glaucoma. Además de acudir con sus hijos a diferentes servicios de salud, una de sus hijas trabajó como asistente médico. La decisión de mantener como participante sólo a quienes padecieran diabetes, hizo que no continuara conociendo su experiencia. Ella padecía hipertensión.

Decisiones tomadas al final del estudio

Las decisiones tomadas al final del estudio, incluyen la del momento en que el investigador deberá abandonar el campo. Después del proceso de abandonar el campo se puede iniciar el análisis final de la información (Janesick, 2000).

Para el proceso de análisis de información, Janesick subraya que es de suponerse que el investigador ha estado señalando categorías de datos mediante un constante análisis comparativo a lo largo del tiempo de duración del estudio. Al proceso de ir reduciendo los datos, le denomina la construcción de un modelo de trabajo. Al continuar el análisis, el investigador puede identificar relaciones que vinculan porciones de la descripción con las explicaciones ofrecidas en los modelos de trabajo. El investigador intenta determinar el significado de los varios elementos de los modelos de trabajo y verificarlo mediante una revisión de las notas de campo, transcripciones de entrevistas y documentos. El siguiente componente del proceso, “es la

presentación de los datos en una forma narrativa, fundamentados con evidencias tomadas de las afirmaciones y el comportamiento registrados en notas y entrevistas” (p. 388).

En esta tercera etapa el diseño de la investigación siguió siendo matizado por decisiones sorprendidas. Dicho de otra forma, las sorpresas dentro del trabajo de campo y el análisis preliminar de la información ocasionaron que se matizara el diseño de la investigación con algunos cambios. Esto mejoró la definición de la estrategia metodológica, la que requiere de claridad, objetividad y sensatez, para alcanzar con pocos tropiezos, el momento de adentrarse por completo al análisis y comenzar a presentar los datos y sus interpretaciones.

Desde la etapa anterior había decidido realizar entrevistas a profundidad semiestructuradas. Estas serían analizadas por su contenido. Al transcribir y leer detenidamente las entrevistas a profundidad fue posible construir un listado de códigos que formaban parte de las categorías centrales con las que se buscaron las respuestas de esta investigación.

El análisis y la codificación.

El análisis inductivo caracteriza al investigador cualitativo. Este análisis implica que las categorías, los temas y los patrones surgen de los datos (Strauss y Corbin, 1990). Esta etapa puede ser “la mas difícil, compleja, ambigua, creativa y divertida” (Rossman y Rallis, 2003, p. 262).

Moustakas (1990) enumera seis fases en el diseño de una investigación: compromiso inicial, inmersión en el tema y las preguntas, incubación, iluminación, explicación y culminación. El análisis lo ubicaría a partir de la fase de incubación. En ella el investigador inicia su camino hacia la expansión del conocimiento. Puede estar alejado del campo, de los participantes, dejar de ser “absorbido” (p. 28) por el fenómeno en una forma directa, pero hay algo que está creciendo. El proceso de iluminación es un “despertar” (p. 29) a nuevos componentes de la experiencia, agregando nuevas dimensiones al conocimiento. Puede también dar lugar a correcciones de interpretaciones distorsionadas o al descubrimiento de significados ocultos. Aquí Moustakas permite cierto grado de reflexividad. En la fase de explicación se incluye la descripción y explicación de la experiencia de los sujetos, capturada en la investigación. Finalmente la fase de culminación, una de síntesis creativa que habilita al investigador para sintetizar y unir como un todo la historia de los individuos, incluyendo el significado de la historia vivida.

Me di a la tarea de codificar las entrevistas. Sin tener un listado de códigos construido con antelación, tenía en mente, sin embargo, algunos conceptos teóricos íntimamente relacionados con las experiencias de migración y del padecimiento, los cuales se convirtieron en herramientas útiles para mantener un orden ante la vasta información a que me enfrentaba en, hasta entonces, 10180 líneas de texto.

En este sentido me apegué a lo escrito por Amuchástegui (2001) sobre la codificación, en cuanto a que representa una clasificación preliminar de los resultados a fin de incluirlos en un código o categoría que tiene sentido dentro del acercamiento teórico al problema de quien investiga.

Leí y escribí palabras, o un conjunto de dos a tres palabras que dieran cuenta del contenido de cada segmento en el que encontraba información, que a mi parecer se convertiría en respuestas a las preguntas centrales de la investigación.

La primera etapa del análisis tuvo como objetivo conocer la manera como los migrantes experimentan el padecimiento, cómo lo entienden y lo atienden. En esta etapa intenté inferir posibles respuestas a las preguntas de investigación, a través de las representaciones y prácticas de los migrantes sobre su padecimiento. Para tal fin elaboré conjuntos de códigos bajo las dos categorías mencionadas arriba, esto es, las representaciones sobre el padecimiento y las prácticas de atención al padecimiento. En la primera

categoría, los códigos hacían referencia a algunos de los conceptos utilizados en el campo de la salud, para describir la naturaleza de una enfermedad, su causa, su diagnóstico, sus manifestaciones, su prevención, su manejo y su desarrollo.

Bajo la categoría de prácticas de atención al padecimiento, los códigos se generaron basados en los tres modelos de atención médica que propone Menéndez (1983/1992): el modelo médico hegemónico, el alternativo subordinado o tradicional y el de autoatención. Las prácticas dentro de estos tres modelos, que se incluyeron como códigos, también obedecen a conceptos creados desde el modelo médico dominante, esto es, sobre el manejo, la prevención, el diagnóstico y el control de la enfermedad.

Tomé en cuenta además, los servicios de atención a los que se recurría y las redes sociales creadas en la atención de la enfermedad. Asimismo, dirigí la atención al tipo de información sobre el padecimiento recibida por los migrantes y las fuentes de donde provenía.

Para entender la experiencia migratoria paralelamente a la del padecimiento, generé un segundo grupo de códigos que darían cuenta de los aspectos más ligados de la migración en la atención a un padecimiento, por ejemplo, el estatus migratorio y las redes sociales de apoyo en el lugar de origen y de destino.

Durante diciembre de 2001 y febrero de 2002, llevé a cabo la codificación de las entrevistas, y un primer análisis que consistió en interpretar el caso de Lucio. A partir de esto, surgieron dos posibilidades para mejorar las interpretaciones subsecuentes del resto de los participantes. Una, la incorporación de personas que padecieran diabetes en la misma comunidad que no fueran migrantes, y otra, la profundización en el análisis inductivo a través de lo que Castro (2000) llama codificación en fino.

La inclusión de no migrantes

Esta decisión fue tomada después de preguntarme, junto con la directora de la tesis y algunos lectores de los avances de la misma, cómo reconocer la perspectiva de los migrantes si no se conocía la de los no migrantes. En febrero de 2002, sin haber abandonado el campo por completo, puesto que hacía falta conocer más experiencias de migrantes, y profundizar en las que los participantes habían compartido conmigo tiempo atrás, comencé a indagar sobre personas con diabetes que no hubieran realizado ningún viaje a Estados Unidos. Así de sencilla fue la manera de construir este criterio de inclusión, después de pensar una y otra vez, de nuevo junto a la directora de la tesis, si en una comunidad con las características de ésta en cuanto a la migración internacional, sería posible encontrar a alguien que no tuviera ningún tipo de contacto con un migrante. Es decir, que su red social se construyera ajena al fenómeno migratorio.

Asimismo, el número de informantes clave aumentó. Este grupo se conformó finalmente por tres médicos, dos enfermeras, dos cronistas, un sacerdote y dos miembros de organizaciones transnacionales, además de Luisa, los dos hijos de Julio y Celina, esposa de Eusebio. Las entrevistas con otros familiares de los participantes, contribuyeron junto a las de algunos informantes clave a contextualizar las historias de medicalización y migración de la comunidad.

Los participantes en esta fase posterior, que se extendió a junio de 2002, aumentaron de ocho a catorce, después de decidir incluir a no migrantes. Los nuevos participantes fueron Prudencia, Teodoro, Lucas, Matilde, Adela y Félix. Para conocer a los nuevos participantes, recurrí a las mismas estrategias de las etapas precedentes. Por un lado, acudí una vez más al Centro de Salud para recopilar nombres y direcciones de asistentes al club de diabéticos. Por otro, pregunté a amigos y familiares, habitantes de la comunidad, por personas que cumpliera con los requisitos establecidos.

Sin embargo, no dejaron de aparecer sorpresas en cuanto a la categorización de los participantes. Como señalé más arriba, el trabajo de campo se extendió hasta marzo de 2003, cuando redactaba la tesis y el

análisis parecía estar creciendo más, a pesar de haber pasado la etapa de incubación. Entrevisté por ejemplo a Eloísa dos veces más, y me di cuenta que había dejado de ir a Estados Unidos hacía casi diez años. Félix, a quien conocí cuando intentaba acercarme a personas sin experiencia migratoria, resultó ser transmigrante. Teodoro y Lucas no viajaban a Estados Unidos, pero en sus narraciones surgía el tema de haber trabajado en aquel país, de no haber vuelto en cerca de veinte años y de tener hijos emigrados. Para la segunda ocasión que visité a Matilde, recién regresaba de su primer viaje a California donde vive uno de sus hijos.

Múltiples y numerosas razones surgieron para que finalmente pudiera analizar la vasta información que me regalaron los participantes, catorce en total, de acuerdo a los cuatro tipos siguientes: los transmigrantes, los que fueron migrantes, las madres de migrantes y, Adela....., un tipo *per se*, única participante que no había viajado a Estados Unidos, ni lo hizo durante el trabajo de campo, y cuyos hijos y esposo no habían salido a trabajar o a vivir fuera del país.

En el cuadro 1 aparecen los participantes, las entrevistas realizadas, y los que llamé encuentros, como las conversaciones en sus hogares, en la calle o en otros sitios que se dieron de manera informal y en los que fue conveniente no grabar, pero en los que aproveché para indagar sobre el asunto que me llevó inicialmente a conocerlos.

Cuadro 1. Participantes, entrevistas grabadas y encuentros asentados en las notas de campo.

Participantes	Entrevista grabada	Encuentros
<i>Transmigrantes</i>		
Eusebio	2	2
Félix	2	1
Lucio	2	1
Roque	2	0
Clara	2	1
<i>Fueron migrantes</i>		
Lucas	2	1
Teodoro	1	1
Jerónimo	1	0
Brígida	1	0
<i>Madres de migrantes</i>		
Eloísa	2	1
Matilde	2	0
Prudencia	1	0
Úrsula	1	0
<i>Adela</i>		
	2	0
Total	23	8

A Jerónimo, Brígida, Prudencia, Teodoro y Úrsula no pude entrevistarlos más de una vez por diferentes razones.

No volví a coincidir con Jerónimo y Brígida en mis visitas a la comunidad, cada vez que los busqué estaban fuera de su casa. Prudencia, para la segunda vez que llegué a su casa, estaba viviendo con una de sus hermanas en una localidad cercana, “en el rancho” como me dijo su nuera. En el caso de Teodoro no volví a encontrarlo en su casa en tres viajes más a la comunidad, ni a él ni a su esposa, con quien vivía ahí mismo.

Y con Úrsula sucedió lo siguiente. En la única entrevista que me concedió en su casa, estuvimos poco más de dos horas conversando. A la mitad de la conversación llegó su esposo y por momentos se sentaba junto a nosotras. Cuando le pregunté a él si podía regresar a que me platicara sobre el tiempo que estuvo trabajando en Estados Unidos, contestó con una expresión de absoluto desinterés. Úrsula, me preguntaba reiteradamente durante la entrevista quiénes eran mis familiares en la comunidad, y en una visita posterior para hacer trabajo de campo, unas primas mías me dijeron que Úrsula había estado con ellas preguntándoles si era cierto que estaba haciendo una investigación, les dijo que le había generado desconfianza al final de nuestra conversación y que su esposo la había regañado por haberme contado tantas cosas sin saber quién era yo. Además de apenarme por estar causando esos líos, me pregunté qué de mi estrategia de acercamiento a los participantes podía estar teniendo este efecto. A Úrsula le dije que su nombre lo había obtenido en el Centro de Salud –al que ella había dejado de asistir–, posiblemente, percibió una especie de vigilancia aún cuando me encargué de aclararle que yo no trabajaba ahí, y de cuál era el propósito de conocer su experiencia como persona que vivía con diabetes. A pesar del resultado perturbador en mi carrera de investigación, me sentí un tanto optimista cuando visité en dos ocasiones más el Centro de Salud, y reconocí el nombre de Úrsula en las listas de asistentes a control de diabetes en los meses posteriores en que nos conocimos.

La codificación “en fino”

Hasta este punto había pensado en el análisis a través de la codificación sólo de una forma. Teniendo identificados en cada entrevista los segmentos correspondientes a uno o más códigos, se hacía posible el análisis intracaso, es decir, sobre la información del participante a quien correspondía la entrevista. Por otro lado, la separación de los segmentos del total de las entrevistas correspondientes a cada código me permitiría realizar un análisis intercasos, es decir, conocer los puntos de vista sobre un mismo punto de todos los participantes.

Para lo anterior sólo se requería efectuar una codificación de las entrevistas. Sin embargo, me convencí de que era necesario llevar a cabo una segunda codificación, la codificación en fino, con el objeto de realizar un verdadero análisis inductivo. Castro (2000) alude a que la codificación de grandes temas procede de una manera deductiva, al determinarse utilizando conceptos teóricos existentes. La codificación en fino recupera el enfoque fundamentado de Glaser y Strauss (1967). De tal forma que una codificación en fino puede realizarse buscando identificar en el discurso de los entrevistados “lo que hay ahí”, pero bien delimitado por la propia actividad discursiva, (Castro 2000, p. 485). Castro, sugiere poner particular atención a los procesos de razonamiento de los individuos pues en ellos está la clave para dilucidar los rasgos esenciales del sentido común, de ese saber cotidiano que da por sentado una cierta realidad y un cierto tipo de orden en el mundo.

A partir de este cambio, la codificación elaborada a través del programa de cómputo, sólo facilitó la separación de los fragmentos en temas, pero el análisis lo hice agregando matrices para ubicar información y códigos en fino junto a los fragmentos de las entrevistas, las cuales leí por lo menos dos veces más adentrada en el análisis sobre redes sociales y sobre representaciones y prácticas. En esta etapa final de análisis se dio lo que Menéndez (2002, p. 122) advierte sobre la utilización de programas de cómputo: “la descomposición del material en unidades discretas en función del programa utilizado limita la posibilidad de comprensión [...] los agregados y desagregados analíticos producidos a través de procedimientos que entran –por lo menos desde fuera del ‘actor’- en directa contradicción con sus propuestas teórico/metodológicas, da por resultado un material poco recuperable en términos de descripciones interpretativas”.

Para analizar lo respectivo a las redes sociales, separé la información en cada matriz sobre las siguientes preguntas respecto a la atención al padecimiento: “Quién” –hace algo para atenderlo-; “Qué” –hace-; “Dónde” –lo hace-; y “Por qué” –se dice que lo hace. Para las representaciones y prácticas, analicé la

información agrupada en las matrices conformadas por los componentes de las representaciones de la enfermedad: identidad, temporalidad, consecuencias, causa y curación o prevención.

Los códigos generados a partir de esta fase de análisis fueron cuarenta y tres, entre ellos: abandono, acuerdos, alimentos, ambiente, aprender, autosuficiencia, bienestar, convivencia, culpa, daño, dinero, diversión, ejercicio, estado de ánimo, familia, fe, herencia, intercambio, intimidación, muerte, negación, nervios, pobreza, preocupación, sufrimiento, temor, trabajo, tranquilidad, vejez, vida moderna, y vigilancia.

Los hallazgos fueron finalmente presentados en tres capítulos, uno sobre la historia migratoria y la medicalización de la comunidad, otro sobre las redes sociales, su construcción, dinámica y sentido, y otro sobre las prácticas y representaciones de la atención a la diabetes.

Conclusiones

El método, según Ciurana (2006, p. 34), es aquello que nos sirve para aprender y que al mismo tiempo es aprendizaje, “es siempre un caminar y un descubrimiento de sentido por parte del sujeto en un medio que también se transforma”. En coincidencia con de la Cuesta (2003), creo que la reflexividad sólo puede comprenderse en la práctica y que los preconceptos y experiencias del investigador deben ponerse al servicio de la investigación, “no apartarlos, sino usarlos” (p. 24). El uso de esta experiencia resulta útil para los estudios de migración transnacional, en los que continúo mi formación como investigadora. También estoy de acuerdo con Mahler (2007) en que el elegir llevar a cabo un estudio transnacional es la parte más fácil, lo difícil comienza en el momento de operacionalizar cada una de sus partes.

Las decisiones metodológicas de acuerdo con Mercado et al. (2002), siempre deben ser entendidas en el contexto de las circunstancias en que se realiza el estudio. En un contexto transnacional, los patrones de movilidad de los participantes causan asombro y pausas en el investigador. Esto podría considerarse uno de los tantos obstáculos dentro de los aspectos metodológicos que de acuerdo a Mahler (2007) caracterizan a los recientes estudios en transnacionalismo y que idealmente habrían de utilizar estrategias que detecten y abarquen actividades y procesos a través de trabajo de campo simultáneo en distintos sitios, con diferentes grupos y por largos periodos de tiempo. Esta investigación es una parte inicial en la comprensión de un fenómeno transnacional, la atención a la enfermedad crónica. Es el punto de partida para extender el trabajo etnográfico a diversos puntos, para continuar con una etnografía multisituada. Queda demostrado que permanecer en el lugar de origen de una comunidad transnacional, evita vislumbrar las conexiones a que aluden George, Ó Riain y Thayer (2000), entre momentos materiales y discursivos íntimamente ligados en las relaciones sociales transnacionales. Es importante dejar de ver al lugar de origen como el lugar natural de pertenencia de los individuos miembros de comunidades transnacionales, como sugiere Olwin (2002), y entender la noción de lugar como una construcción cultural con significados en contextos particulares de interacción.

Considero que el principal reto en esta investigación, al permanecer en el lugar de origen, fue la construcción de las categorías de los participantes. Aún cuando en el avance del camino metodológico se incluyeron participantes con diversas experiencias migratorias, el enfoque se hizo hacia la movilidad física de los individuos, sin profundizar en la dinámica de las relaciones sociales que construyen día a día, en sus prácticas transnacionales y en los significados de éstas. Hubiese resultado imposible crear categorías previas más adecuadas, dado que conocer las prácticas y los significados de atención a un padecimiento crónico, era uno de los objetivos de la investigación. El compromiso pendiente es retomar los hallazgos para analizar el fenómeno utilizando diferentes estrategias metodológicas, particularmente en dos aspectos: la selección de los participantes y el análisis de la información, que contribuiría a realizar apropiadamente lo primero, la construcción de categorías. El análisis de la información habría de iniciarse más temprano para lograr una acción simultánea a la recopilación. Sería importante asimismo, tomar en

cuenta como sugiere Mahler (2007) no solo la intensidad de las prácticas sino su alcance. Es necesario en un estudio de esta naturaleza estar en tantos puntos de la comunidad donde se ubiquen sus miembros como sea posible, convertirse en un investigador transnacional y enfrentar, como aconseja Hirsch (2003), la dificultad de desarrollar un diseño metodológico imposible de realizar sin explorar el lugar donde se llevará a cabo la investigación. Un lugar tan amplio, como aventurados sean quienes deciden emigrar sin alejarse verdaderamente de sus lugares de origen.

Así como las redes sociales permiten que la migración se sostenga, y que frecuentemente los individuos decidan emigrar por el apoyo que reciben de ellas; quien decida llevar a cabo estudios transnacionales habría de construir y sostener redes sociales que le posibiliten, entre otras cosas, permanecer el tiempo suficiente en distintos puntos de una comunidad transnacional realizando trabajo de campo. Una red social ideal del investigador podría integrar a otras personas interesadas en profundizar en el fenómeno de estudio, a otros investigadores, y así encaminarse a abandonar el trabajo en solitario. Esto constituiría una forma de explotar la flexibilidad de la investigación, como una forma de estimular al investigador a innovar, y no como falta de estructura según lo señala Silverman (2000). Resultarían así múltiples y valiosas propuestas metodológicas adecuadas para acercarse a los vigorosos fenómenos transnacionales.

El descubrimiento de sentido y el uso que di a mi experiencia terminaron siendo un maravilloso *serendipity*, palabra que forma parte del lenguaje en muchas culturas. De donde provengo, nunca la he relacionado con otra cosa que no sean carnavales, marionetas, música y colores. El camino que recorrí no pudo ser de otra forma, un aprendizaje lleno de colorido. Esto deseo que no cambie de tono cuando deje de ser principiante y me convierta en una experta.

Notas

1. Una comunidad transnacional es una forma de organización social construida por un circuito migratorio internacional, definido por espacios sociales creados por medio de la circulación de bienes, personas e información a través de lugares de ambos lados de una frontera (Rouse, 1991).
2. Por ejemplo, con la provisión del servicio en México y el pago de este servicio proveniente de las compañías aseguradoras de los migrantes empleados en Estados Unidos.
3. En fechas recientes el término transmigrante ha provocado insatisfacción en algunos estudiosos de la migración transnacional, quienes argumentan una posible confusión con la transmigración como evento metafísico. Por ello han propuesto utilizar el término de migrante transnacional (Mahler, 2007). Este nuevo término lo utilizo en mi quehacer actual de investigación como estudiante de doctorado.

Bibliografía

- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México*. México: Edamex/Population Council.
- Bernard, R. (1988). *Research methods in cultural anthropology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bertaux, D. (1981). *Biography and society: The life history approach in the social sciences*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Breilh, J. (1994). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito, Ecuador: CEAS.
- Calderón, C. (2000) Introducción: De las estrategias a los procedimientos. En F. Mercado, D. Gastaldo, & C. Calderón, (Comps), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. Una

antología iberoamericana (pp. 21-26). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco, Instituto Jalisciense de Cancerología.

- Canales, F., Alvarado, E., & Pineda, E. (1994). *Metodología de la investigación*. Washington, DC: OPS/OMS.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, México: CRIM/UNAM.
- Ciurana, E. R. (2006). Complejidad y autonomía del sujeto. *Trasversales*, 3, 32-35.
- de la Cuesta, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4), Article 3. Consultado junio 25, 2006, en http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf
- Denscombe, M. (1998). *The good research guide for small-scale social research projects*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. En N. Denzin & Y. Lincoln (Comps), *Handbook of qualitative research* (pp. 1-17). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2000). Strategies of inquiry. En N. Denzin & Y. Lincoln (Comps), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 366-378). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eide, P., & Allen, C. (2005). Recruiting transcultural qualitative research participants: A conceptual model. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(2), Article 4. Consultado junio 10, 2006, en http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_2/pdf/eide.pdf
- Ely, M. (1991). *Doing qualitative research: Circles within circles*. London: Routledge Falmer.
- Ferrarotti, F. (1993). Las biografías como instrumento analítico e interpretativo. En J. M. Marinas & C. Santamaría (Comps). *La historia oral: Métodos y experiencias* (pp. 129-148). Madrid: Debate. (Trabajo original publicado en 1980)
- Finlay, L., & Brendan, G. (2003). Personal reflexivity. En L. Finlay & G. Brendan (Comps), *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences* (pp. 37-38). Oxford, UK: Blackwell Science.
- Garret, C. (2001). Sources of hope in chronic illness. *Health Sociology Review*, 10(2), 99-108.
- García, B., & de Oliveira O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: Colegio de México.
- George, S., Ó Riain, S., & Thayer, M. (2000). Introduction to part two. En M. Burawoy, J. A. Blum, S. George, Z. Gille, T. Gowan, L. Haney, et al., *Global ethnography: Forces, connections and imaginations in a postmodern world* (pp. 139-143). Berkeley: University of California Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

- Glick-Schiller, N., Basch, L., & Blanc-Szanton, C. (1992). *Towards a transnational perspective on migration: Race, class, ethnicity and nationalism reconsidered*. New York: New York Academy of Sciences.
- Hall, W., & Callery, P. (2001). Enhancing the rigor of grounded theory: Incorporating reflexivity and relationality. *Qualitative Health Research, 11*, 257-272.
- Hamberg, K., & Johansson, E. (1999). Practitioner, researcher, and gender conflict in a qualitative study. *Qualitative Health Research, 9*, 455-467.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in practice* (2nd ed.). London: Routledge.
- Hirsch, J. (2003). *Courtship after marriage: Sexuality and love in Mexican transnational families*. Berkeley: University of California Press.
- Hudelson, P. (1994). *Qualitative research for health programmes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- INEGI. (2000). *Censo general de población y vivienda*. Consultado diciembre 13, 2000, en <http://www.inegi.gob.mx/entidades/espanol/fjal.html>
- Janesick, V. (2000). The choreography of qualitative research: Design, minuets, improvisations, and crystallization. En N. Denzin & Y. Lincoln (Comps), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 379-399). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Janesick, V. (2004). *"Stretching" exercises for qualitative researchers* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lizardi-Gómez, A. (2003). "De dolencias y ausencias": *La atención a la enfermedad crónica en una comunidad transnacional*. Tesis de maestría sin publicar, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.
- Luft, P., & Koch, L. C. (1998). Transition of adolescents with chronic illness: Overlooked needs and rehabilitation considerations. *Journal of Vocational Rehabilitation, 10*(3), 205-217.
- Maggs-Rapport, F. (2001). "Best research practice": In pursuit of methodological rigour. *Journal of Advanced Nursing, 35*(3), 373-383.
- Mahler, S. (2007). Transnational migration comes of age. En A. K. Sahoo & B. Maharaj (Comps), *Sociology of diaspora: A reader* (pp. 194-226). New Delhi: Rawat.
- Massey, D., Alarcón, R., Durand, J., & González, H. (1991). *Los ausentes: El proceso social de la migración internacional en el occidente de México*. México: CNCA/Alianza Editorial.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Caracteres estructurales. En R. Campos (Comp), *La antropología médica en México* (pp. 97-114). México: Instituto Mora, UAM. (Trabajo original publicado en 1983)

- Menéndez, E. (2002). De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación. En F. Mercado, D. Gastaldo, & C. Calderón (Comps), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: Una antología iberoamericana* (pp. 91-131). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara/Universidad Autónoma de Nuevo León/Servicio Vasco de Salud Osakidetza/Asociación Médica de Jalisco/Instituto Jalisciense de Cancerología.
- Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria: La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Mercado, F. (2002). Un campo de miradas múltiples. En F. Mercado, D. Gastaldo, & C. Calderón (Comps), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: Una antología iberoamericana* (pp. 229-232). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco, Instituto Jalisciense de Cancerología.
- Mercado, F., Alcántara, E., Lara, N., Sánchez, A., & Tejada, L. M. (2002). La atención médica a la enfermedad crónica: Reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 461-471.
- Miller, W., & Crabtree, B. (1999). Clinical research: A multimethod typology and qualitative road map. En B. Crabtree & W. Miller (Comps), *Doing qualitative research* (2nd ed., pp. 3-32). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Minayo, M. C. (1994). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Sao Paulo, Brazil: Hucitec Abrasco.
- Minayo, M. C. (2000). La etapa de análisis de los estudios cualitativos. En F. Mercado, D. Gastaldo, & C. Calderón (Comps), *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: Métodos, análisis y ética* (pp. 239-269). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco, Instituto Jalisciense de Cancerología.
- Moustakas, C. E. (1990). *Heuristic research: Design, methodology and applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- Neuman, W. (1994). *Social research methods*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Olwin, K. F. (2002). A wedding in the family: Home making in a global kin network. *Global Networks*, 2(3), 205-218.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ritchie, J., Lewis, J., & Elam, G. (2003). Designing and selecting samples. En J. Ritchie & J. Lewis (Comps), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (pp. 77-108). London: Sage.
- Rivas, M. (1999). La entrevista a profundidad, un abordaje en el campo de la sexualidad. En I Szasz & S. Lerner (Comps), *Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 199-221). México: Colegio de México.

- Rossman, G. B., & Rallis, S. F. (2003). *Learning in the field: An introduction to qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rouse, R. (1991). Mexican migration and the social space of postmodernism. *Diaspora*, 1(1), 8-23.
- Silverman, P. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage.
- Souza A. M. (2000). Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos. En F. Mercado, D. Gastaldo, & C. Calderón (Comps), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: Una antología iberoamericana* (pp. 439-459). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco, Instituto Jalisciense de Cancerología.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Spain: Paidós.