

La Técnica Delphi de investigación cualitativa

Susana Lorenzo^{1,2}, José J. Mira³

¹ Gabinete del Plan de Calidad, Fundación Hospital Alcorcón (Alcorcón, Madrid)

² Vocal de la Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos.

³ Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche.

Las técnicas de investigación cualitativa se han utilizado tradicionalmente en el ámbito de las Ciencias Sociales, y fundamentalmente en Antropología, Sociología, Marketing y Educación; en tanto que la investigación en el campo de las Ciencias de la Salud se ha basado, mayoritariamente, en estudios de tipo cuantitativo, con el objetivo de medir o cuantificar de forma objetiva hechos basados en una hipótesis de estudio concreta¹. No obstante, y debido a la necesidad de dar respuesta a nuevas preguntas generadas en la práctica clínica, se ha producido la paulatina introducción de técnicas cualitativas en la investigación en el ámbito de las Ciencias de la Salud precisamente para responder a determinadas cuestiones que las técnicas cuantitativas no responden adecuadamente ya que, en la práctica, no son abordables mediante otro tipo de diseños. Por ello, cada día es más frecuente hallar estudios cuya metodología es distinta a la habitual y dónde la pregunta a la que se busca respuesta, los sujetos que participan en el estudio y las medidas adoptadas para asegurar la validez de los resultados son manifiestamente distintas. No es de extrañar, por tanto, que los estudios basados en técnicas de investigación cualitativa (ICL) aparezcan en las revistas de prestigio, especialmente en el ámbito de la salud pública y la gestión sanitaria²³⁴⁵.

La ICL, como cualquier otra técnica de investigación, presenta algunas ventajas frente a otras técnicas y como sucede con cualquier otra metodología para la investigación, requiere de un conjunto de supuestos previos para poderlas utilizar, al tiempo que implica una serie de limitaciones. De igual forma que cuando planteamos un estudio de tipo cuantitativo (ICT), la ICL no puede ser utilizada para cualquier tipo de estudio, para responder a cualquier pregunta, no puede emplearse “alegremente” sino basándose en una metodología

establecida, la selección de los sujetos debe realizarse siguiendo determinadas pautas y la interpretación de los datos requiere, también, de ciertas precauciones. El rigor en la ICL se logra, al igual que sucede con la investigación cuantitativa, respetando ciertas normas y premisas. Así, por ejemplo, en la ICL se busca la “triangulación” (obtener datos de fuentes complementarias en forma independiente) para asegurar la validez; se busca la representatividad de los participantes (aunque no necesariamente requiere la selección al azar de los sujetos, al contrario, se fuerza el trabajar con personas de diferentes procedencias, sensibilidades, criterios, etc.); y se buscan sistemas que faciliten la independencia de quienes dinamizan los grupos de trabajo.

Normalmente las técnicas de ICL se agrupan en dos grandes bloques, en función de la utilidad más habitual de las técnicas. El primero agruparía aquellas técnicas que permiten el análisis de diversos tipos de información y cuyo objetivo principal es la comprensión de una realidad a partir de diferentes perspectivas. Ejemplos de técnicas de ICL serían el análisis de contenido, los diagramas de causa-efecto o los gráficos de Pareto.

En cambio el segundo reúne las denominadas “técnicas de consenso” con las que se busca analizar una realidad alcanzando acuerdos en temas de interés sobre los que no se dispone de información concluyente, cuándo es difícil de obtener, cuándo es necesario adoptar decisiones o determinar probables cursos de acción. Ejemplos de este tipo de enfoque es precisamente la técnica Delphi. Sin embargo la separación entre ambos tipos de técnicas es más didáctica que real, puesto que en la práctica ambos tipos de técnicas se combinan, del mismo modo que resulta muy común que la ICL anteceda a otros diseños de investigación cuantitativa (ICT).

A modo de resumen, destacamos las principales diferencias entre la ICL y la investigación cuantitativa:

- La ICL intenta describir la realidad sin fragmentarla y sin desvirtuar su complejidad y dinamismo, aceptando que puede existir subjetividad. La ICT busca describir la realidad con la máxima objetividad y, cuando es preciso, fragmentando esa realidad para analizar con el máximo detalle una parte de la misma.

- La ICL no parte de ninguna hipótesis mientras que la ICT parcela la realidad para contrastar alguna hipótesis. La ICL acepta que es posible en ocasiones que las conclusiones puedan estar sesgadas. La ICT parte de diseños que buscan por todos los medios evitar cualquier sesgo o fuente de error.
- Los sujetos invitados a participar en la ICL son seleccionados por sus conocimientos, experiencia, o características profesionales o personales. La ICT utiliza criterios de selección de los sujetos participantes basados fundamentalmente en el azar para garantizar su independencia.
- La validez interna y externa de la ICL viene fundamentalmente dada por una adecuada selección de los sujetos basada en su representatividad profesional o social. La validez interna de la ICT depende sobre todo del rigor en el control de los sesgos y fuentes de error y la validez externa en el grado en que los sujetos son semejantes a la población diana
- La aplicación de la ICL es muy variada y afecta a muy distintos ámbitos desde Atención Primaria a Hospitales. Ejemplos de la aplicación de estas técnicas de ICL podrían ser el análisis de los factores que provocan insatisfacción en los pacientes con la Atención Primaria de salud⁶; el análisis de las opiniones de los pacientes sobre el trato y la competencia de los médicos⁷ o sobre el funcionamiento de centros de salud⁸; la identificación de los elementos que contribuyen a la calidad percibida de la asistencia sanitaria⁹; el análisis de la imagen de los centros asistenciales en los medios¹⁰, el establecimiento de prioridades sanitarias¹¹; la mejora de la calidad asistencial¹², hasta la comparación de los puntos de vista de profesionales y pacientes sobre diferentes aspectos de la asistencia sanitaria^{13 14 15}.

En resumen, las técnicas de ICL, a diferencia de las cuantitativas, se orientan hacia la explicación y análisis de los fenómenos, de forma comprensiva, dinámica y con el propósito de generar ideas, compartir experiencias y intuir tendencias para el futuro^{16 17}.

Cuando se realizan estudios de tipo cualitativo, resulta aconsejable trabajar con diferentes grupos de participantes, ya que no se basan en muestreos al azar sino que se buscan expertos (profesionales con reconocido prestigio, con conocimientos amplios sobre el tema, con información específica o detallada, con experiencia destacada o con perfiles específicos)^{18 19 20 21}. La aplicación de

estos métodos permite por ello, comprender situaciones e interpretar fenómenos en su contexto natural, dando protagonismo a la experiencia y opiniones de los participantes²². A pesar de que, como hemos comentado, su aplicación en el sector sanitario está menos arraigada que en las técnicas cuantitativas, su aplicación cada vez es más frecuente^{23 24 25}.

No obstante, las técnicas de consenso permiten obtener unos estimadores cuantitativos a partir de estrategias cualitativas, determinando el grado de acuerdo existente entre los participantes respecto al tema de la sesión, en la técnica Delphi se realiza a distancia, es decir contactando con los participantes a través de un cuestionario por correo y se realizan diferentes rondas de priorización (denominadas "olas") de los ítems a valorar. Las técnicas de consenso proporcionan, por tanto, una forma de identificar y medir el grado de incertidumbre existente en el entorno de los servicios sanitarios y las ciencias de la salud¹⁹.

La técnica Delphi²⁶ tiene especial utilidad cuando se trabaja con elementos altamente subjetivos sobre los que resulta difícil determinar su valor intrínseco. Facilita lograr el consenso entre puntos de vista dispares sobre unos mismos elementos. Se aplica en fases: se seleccionan los panelistas (expertos que pueden contribuir significativamente al estudio con sus conocimientos o experiencia), se determina la pregunta que se someterá a estudio y que se formula a los panelistas, se estructuran las respuestas a modo de cuestionario para, en sucesivas *olas*, preguntar a los panelistas sobre su grado de acuerdo con los puntos señalados por todos. Si es necesario, se realiza hasta una tercera ola, encuestando a los panelistas y analizando sus respuestas hasta hallar un grado razonable de acuerdo sobre los elementos que se consideran fundamentales. Habitualmente se seleccionan como panelistas miembros de sociedades o asociaciones de consumidores, pacientes claves (por ejemplo, pertenecientes a asociaciones de pacientes), o a profesionales de centros de salud y de hospitales con experiencia reconocida en el tema a tratar (triangulación), a los que se envía una carta en la que se le explican los objetivos del estudio, solicitando su colaboración. Posteriormente se envían los cuestionarios en sucesivas olas hasta alcanzar el consenso. La utilización de técnicas informáticas como el correo electrónico están simplificando este trabajo (tiempos de respuesta, menor tarea administrativa, etc.). Las ventajas

que aporta la utilización de esta técnica son²⁷: el anonimato de las aportaciones de los participantes, la iteración entre los participantes con feedback controlado, la respuesta del grupo y la experiencia de los componentes del grupo.

Una de las aplicaciones de estas técnicas en nuestro medio que más connotaciones ha traído desde el punto de vista clínico es la desarrollada para establecer pautas de utilización adecuada de diferentes procedimientos diagnóstico terapéuticos. Al haber comenzado a cuestionarse en los últimos años el modo en que se toman las decisiones clínicas y el grado en que los procedimientos médicos se aplican por razones apropiadas, desarrollándose métodos para identificar el uso apropiado o inapropiado. Entre ellos destaca el impulsado inicialmente por investigadores de la RAND²⁸.

Referencias

¹ Navarro MD, Jovell AJ. Investigación cualitativa. En Jovell AJ, Aymerich M. Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Capítulo 15. Monografies Mèdiques de l'Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona 1999.

² Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000; 320:50-2.

³ Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ. 2000; 320:114-6.

⁴ Meyer J. Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. BMJ 2000; 320:178-81.

⁵ Poses RM, Levitt NJ. Qualitative research in health care. Antirealism is an excuse for sloppy work. BMJ 2000; 320:1729-30.

⁶ Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. Atención Primaria 1996; 17:80-84.

⁷ Cromarty I. What do patients think about during their consultations? A qualitative study. British Journal of General Practice 1996; 46:525-528.

⁸ Alonso E, Miguel A, Golderos T, Fernández J, Domínguez A, de Antonio P, Jiménez J. Estudio de grupos focales: experiencia en un centro de salud. SEMERGEN 1997; abril:213-220.

⁹ Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, Rodríguez-Marín J, Aguado H, Gimenez A. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev Calidad Asistencial 1999;14:165-178.

¹⁰ Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Gosálbez C, Herrero J, Martínez J. Calidad Corporativa Hospitalaria. ¿Qué transmite la prensa escrita?. Todo Hospital, 1996; 131: 25-32.

¹¹ Bowie C, Richardson A, Sykes W. Consulting the public about health service priorities. British Medical Journal 1996; 311:1155-1158.

¹² Reiley P, Pike A, Phipps M, Weiner M, Miller N, Stengrevics S, Clark L, Wandel J. Learning from patients: a discharge planning improvement project. Journal on Quality Improvement 1996; 22:311-322.

¹³ Alcaraz M, Canuto C, Gascó C, Monferrer S, Izquierdo B, Tortosa Y. Evaluación de los servicios de promoción de la salud de la mujer: el cliente interno, el cliente externo. Atención Primaria 1997; 19:337-342.

-
- ¹⁴ Patistea E, Siamanta H. A literature review of patients' compared with nurses' perceptions of caring: implications for practice and research. *J Prof Nurs* 1999; 15: 302-12.
- ¹⁵ Riedmann T, Georg T, Berg R. Adult patients' view of orthodontic treatment outcome compared to professional assessments. *J-Orofac-Orthop* 1999; 60:308-20.
- ¹⁶ Macnaughton RJ. Numbers, scales, and qualitative research. *Lancet* 1996; 347:1099-1100.
- ¹⁷ Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311:109-112.
- ¹⁸ Zafra T. Investigación cualitativa y cuantitativa. Participación e intervención comunitaria. En: Gil V, Merino J, Orozco D, Quirce F. *Manual de Metodología de trabajo en Atención Primaria*. Merck Sharp & Dohme, eds. Madrid 1977.
- ¹⁹ Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311:376-380.
- ²⁰ Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311:42-45.
- ²¹ Needleman C, Needleman M. Qualitative methods for intervention research. *American J Ind Medicine* 1996; 29:329-337.
- ²² Greenhalgh T, Taylor R. Papers taht go beyod numbers (qualitative research) *BMJ* 1997; 315:740-743.
- ²³ Mira JJ, Galdón M, Ignacio E, Velasco V, Lorenzo S, Vitaller J, Marqués_JA, Llinás G, Rodríguez MJ, Pino MA, Ignacio JM, Ramos G, Aranaz J. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:165-177.
- ²⁴ Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, Rodríguez-Marín J, Aguado H, Gimenez A. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis comparativo de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14:291-293.
- ²⁵ Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J, Velasco V. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:182-190.
- ²⁶ Lindstone HA, Turoff M (Eds.) *The Delphi method: techniques and applications*. Reading, MA, Addison-Wesley 1975:3-12.
- ²⁷ Goodman CM. The Delphi technique: a critique. *J Adv Nurs* 1987; 12:729-34.
- ²⁸ Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assesment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Tech Assess Health Care* 1986; 53-63.