

Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales

M.A. Prieto Rodríguez^a y J.C. March Cerdá^b

▶▶ LECTURA RÁPIDA

¿Qué son los grupos focales?

Un *grupo focal* consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guión de temas o de entrevista. Se busca la interacción entre los participantes como método para generar información.

A través de él se consigue información en profundidad sobre lo que las personas opinan y hacen, explorando los porqués y los cómo de sus opiniones y acciones.

En los últimos años la investigación cualitativa se está introduciendo con fuerza en la investigación biomédica y de servicios de salud.

El rigor en la investigación cualitativa: un viaje por el diseño

Uno de los momentos clave en el desarrollo de un estudio es la fase del diseño; también cuando utilizamos un abordaje cualitativo.

¿Qué son los grupos focales?

El grupo focal es una técnica de investigación cualitativa. Un *grupo focal* consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guión de temas o de entrevista. Se busca la interacción entre los participantes como método para generar información. El grupo focal lo constituyen un número limitado de personas: entre 4 y 10 participantes, un moderador y, si es posible, un observador. A través de él se consigue información en profundidad sobre lo que las personas opinan y hacen, explorando los porqués y los cómo de sus opiniones y acciones. No se obtienen cifras ni datos que nos permitan medir aspecto alguno. Se trabaja con la información que se expresa en los discursos y conversaciones de los grupos. El lenguaje es el «dato» a analizar, comprender e interpretar¹. Como señala Shoshanna Sofaer², estos métodos consiguen «reducir la incertidumbre» con la que a menudo trabajamos o, como dice Robert Hurley, ayudan a la comprensión profunda de lo obvio³.

En los últimos años la investigación cualitativa se está introduciendo con fuerza en la investigación biomédica y de servicios de salud^{1,4-9}, áreas hasta hace poco bastante escépticas con unos métodos que buscan la comprensión de los fenómenos en profundidad, dentro de su propio contexto, desde la perspectiva de las personas que los experimentan y que sacrifican, en muchas ocasiones, la validez externa de sus resultados por asegurar la validez interna del caso en estudio^{10,11}.

En concreto, la utilización de los grupos focales en la investigación en salud se incrementa cada año. Como señalan las investigadoras Mar García e Inmaculada Mateo¹², en los últimos 5 años existen 800 artículos publicados en MEDLINE y HealthSTAR de estudios realizados mediante esta técnica.

Asimismo se han publicado excelentes originales sobre la técnica de grupo focal, des-

cribiendo sus orígenes, sus aplicaciones y utilidades en la investigación de servicios sanitarios, explicando los aspectos básicos de la técnica y señalando sus ventajas y limitaciones¹²⁻¹⁵.

El rigor en la investigación cualitativa: un viaje por el diseño

Uno de los momentos clave en el desarrollo de un estudio es la fase del diseño; también cuando utilizamos un abordaje cualitativo. El rigor en la investigación depende en gran medida de la calidad del diseño^{11,16}. Por nuestra experiencia como profesores de técnicas de investigación cualitativa sabemos que es en esos momentos donde es fundamental la formación y la ayuda en el método. De ahí nace el interés por escribir este artículo. Con él pretendemos ayudar a aquellos investigadores que comienzan a emplear métodos cualitativos. En este artículo queremos centrarnos específicamente en la fase de diseño de un protocolo de investigación mediante grupos focales y describir paso a paso las principales estrategias a desarrollar.

Para ello, vamos a utilizar un ejemplo concreto: *el estudio de las opiniones de los usuarios de un centro de salud sobre la calidad de la atención que reciben* (fig. 1).

El diseño de la «muestra estructural»

En un diseño cualitativo, hablar de «muestra» no debe confundir con el concepto estadístico. La *muestra estructural* no tiene representatividad estadística (los resultados

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

^aProfesora e Investigadora.

^bDirector de Proyectos e Investigación.

Correspondencia:
M. Angeles Prieto Rodríguez,
Escuela Andaluza de Salud Pública,
Campus Universitario,
Apdo. de Correos 2.070,
18080 Granada.

Correo electrónico:
prieto@easp.es

FIGURA 1

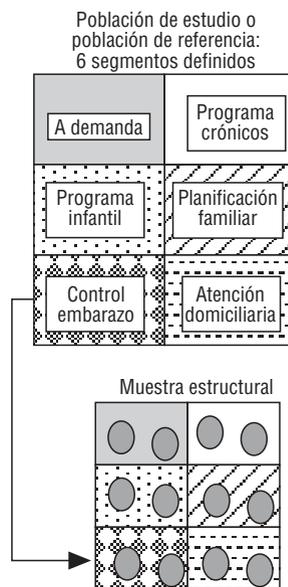
Fases del diseño de un estudio de tipo cualitativo: «opiniones de los usuarios de un centro de salud sobre la calidad de la atención que reciben».

Fase 1. Definición de las variables principales o estructurales. En este caso la modalidad de atención

Fase 2. Definición de los perfiles típicos de cada grupo poblacional: características más comunes

Fase 3. Selección de los participantes

Fase 4. Formación de 2 grupos focales por cada segmento de la muestra



▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ La muestra estructural no tiene representatividad estadística. Los distintos perfiles que la componen están formados por personas que van a «representar» a su grupo o población de referencia.

▼ Se trata de seleccionar grupos específicos de usuarios con unas características determinadas que son relevantes para nuestro estudio, bien por el tipo de servicio que utilizan, bien por sus problemas de salud, bien por las condiciones socioeconómicas en las que viven.

▼ Este tipo de muestreo, no basado en la probabilidad, se utiliza mucho en la investigación cualitativa. Los autores lo denominan *muestro sistemático*.

que se obtengan no van a presentar ningún proceso de inferencia), lo que quiere indicar es que los distintos perfiles que la componen están formados por personas que van a «representar» a su grupo o población de referencia. Se trata de seleccionar grupos específicos de usuarios con unas características determinadas que son relevantes para nuestro estudio, bien por el tipo de servicio que utilizan, bien por sus problemas de salud, bien por las condiciones socioeconómicas en las que viven. En el ejemplo que proponemos en este artículo: *el estudio de las opiniones de los usuarios de un centro de salud sobre la calidad de la atención que reciben*, los diferentes perfiles de usuarios que acuden habitualmente al centro de salud y de los que queremos conocer sus opiniones son los que vamos a tratar de que se encuentren representados en la muestra de usuarios que elegiremos para realizar el estudio. La «muestra» de usuarios que vamos a seleccionar debe tener una «estructu-

ra» similar a la de la población general, para que los resultados que obtengamos reflejen los diferentes puntos de vista que sobre el centro de salud tienen nuestros diferentes tipos de pacientes.

Este tipo de muestreo, no basado en la probabilidad, se utiliza mucho en la investigación cualitativa. Los autores lo denominan *muestro sistemático*¹¹. Bajo este enfoque, dejar al azar la elección de los participantes en el estudio no siempre es lo más idóneo, ya que el investigador tiene que seleccionar a aquellos sujetos que tienen las características de los perfiles que se van a estudiar y, entre ellos, a los más «típicos», a los que tienen más experiencia o conocimiento.

¿Cuáles son las variables principales o estructurales que definen la «muestra»?

Vamos a estudiar y definir cuáles son las principales variables que deben tenerse en

TABLA 1
Estructura de la muestra o muestra estructural

	Consulta a demanda	Programa de crónicos	Niño sano y vacunas	Planificación familiar	Control de embarazo	Atención domiciliaria
Segmentos	a	b	c	d	e	f

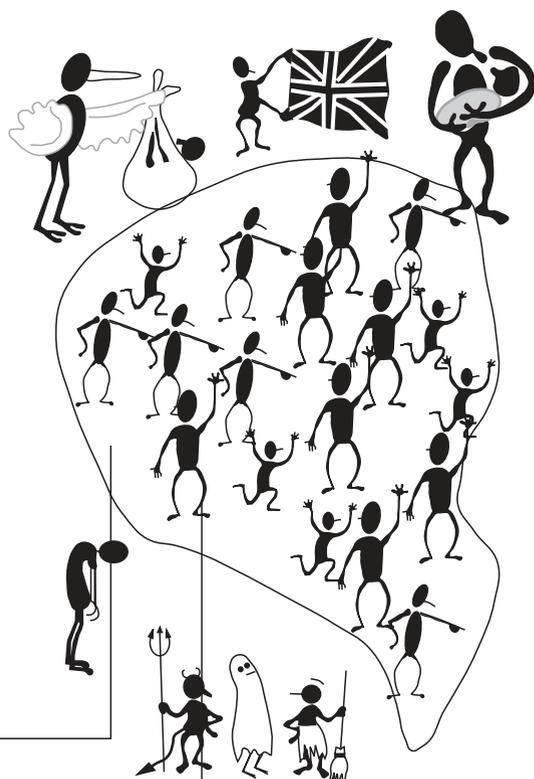
Selección de los participantes

Por ejemplo del segmento B:

Usuarios incluidos en programas de crónicos

Definición del perfil:

Edad: 55-75 años
Estado civil: casados-viudos
Estudios: sin estudios o estudios primarios
Diabéticos y/o hipertensos



Tres procedimientos:

Aleatorio

A través de un informante clave

Mixto

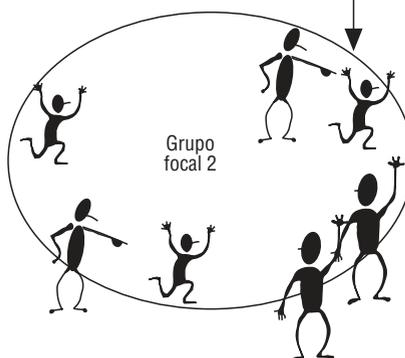
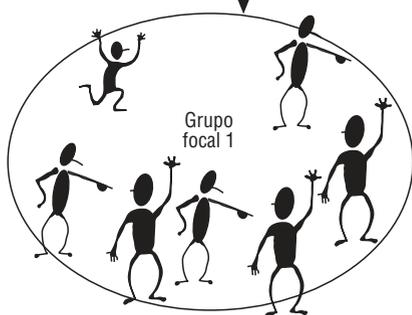


FIGURA 2

Fases del diseño de un estudio de tipo cualitativo: «Opiniones de los usuarios de un centro de salud sobre la calidad de la atención que reciben».

TABLA 2 Perfiles de los usuarios en cada segmento de la muestra estructural

Segmento a	Segmento b	Segmento c	Segmento d	Segmento e	Segmento f
Usuarios que utilizan exclusivamente la consulta a demanda	Usuarios incluidos en programas de crónicos	Padres y madres que acuden con sus niños/as al CNS	Usuaris del programa de planificación familiar	Usuaris del programa de control de embarazo	Cuidadores familiares de pacientes en programa de atención domiciliaria
Edad: 40-65 años Estado civil: casados Ocupación: los varones trabajan sólo fuera de casa; las mujeres se dividen en 2 grupos: las que sólo trabajan en el hogar y las que realizan doble jornada, fuera y dentro de casa Clase social: media y media-baja Estudios primarios y medios Sin problemas crónicos de salud Media de visitas de 3 al año	Edad: 55-75 años Estado civil: casados-viudos Estudios: sin estudios o estudios primarios Diabéticos y/o hipertensos	Edad: 27-37 años Estado civil: casados Número de hijos: 1-2 la madre acude sola en casi todos los casos Ocupación: los varones trabajan sólo fuera de casa; las mujeres se dividen en 2 grupos: las que sólo trabajan en el hogar y las que realizan doble jornada, fuera (sector servicios) y dentro de casa Clase social: media y media-baja Estudios: primarios y medios	Edad: 27-35 años Género: femenino Estado civil: casada (acuden sin la pareja) Hijos anteriores: 1-2 Estudios: primarios y medios Ocupación: se dividen en 2 grupos: las que sólo trabajan en el hogar y las que realizan doble jornada, fuera (sector servicios) y dentro de casa	Edad: 27-35 años Género: femenino Estado civil: casada (acuden sin la pareja) Hijos anteriores: 0-1 Estudios: primarios y medios Ocupación: se dividen en 2 grupos: las que sólo trabajan en el hogar y las que realizan doble jornada, fuera (sector servicios) y dentro de casa	Edad: 40-65 años Género: femenino Estado civil: casadas o viudas Ocupación: se dividen en 2 grupos: las que sólo trabajan en el hogar y las que realizan doble jornada, fuera (sector servicios) y dentro de casa Relación de parentesco con el paciente: hijas o esposas Problema de salud del paciente: ancianos dependientes y oncológicos terminales Sin ayuda remunerada para el cuidado. Red familiar poco dispuesta a compartir el cuidado

cuenta a la hora de diseñar la *muestra estructural*, ya que van a diferenciar a grupos de pacientes con problemas, recursos, necesidades y expectativas diferentes, y por tanto con opiniones distintas sobre la calidad de la atención que reciben en el centro de salud.

¿La edad, el género, la clase social, la UAF, los problemas de salud, los programas que utilizan...? Tendremos que seleccionar cuáles de todas ellas son más importantes a la hora de influir en sus opiniones sobre la calidad del centro. En esta fase es fundamental la información que puede aportar una buena revisión bibliográfica, y es básico tener muy en cuenta cuál es el objetivo del estudio: ¿de qué grupos de pacientes queremos conocer sus opiniones en profundidad y entre cuáles de ellos queremos comparar, cualitativamente, sus opiniones?

En nuestro ejemplo, la modalidad de atención que el usuario ha recibido durante un período concreto (se definirán criterios de inclusión y exclusión) va a ser la variable principal o estructural para segmentar a la población de estudio:

- Atención en la consulta a demanda.
- Atención programada: crónicos, niño sano y vacunas, planificación familiar y control de embarazo.
- Atención domiciliaria.

De esta forma, habríamos definido 6 segmentos de población a estudiar: a, b, c, d, e y f (tabla 1).

Algunos autores hablan de *criterios de segmentación* cuando se refieren a las variables estructurales¹⁷.

¿Cómo definir el perfil «típico» de los usuarios de cada segmento de población?

El siguiente paso a seguir en el diseño del estudio es definir los *perfiles «típicos»* de los usuarios del centro de salud que utilizan los diferentes modelos de atención descritos (los perfiles de usuarios de cada segmento) (fig. 2).

Necesitamos conocer las características más comunes entre los usuarios en cada uno de los segmentos, porque vamos a seleccionar a personas que «representen» (que se parezcan lo más posible) a los

LECTURA RÁPIDA

¿Cuáles son las variables principales o estructurales que definen la «muestra»?

Para identificar las variables principales o criterios de segmentación que definen la muestra, hay que preguntarse: ¿de qué grupos de pacientes queremos conocer sus opiniones en profundidad y entre cuáles de ellos queremos comparar, cualitativamente, sus opiniones?

▶▶ LECTURA RÁPIDA

¿Cómo definir el perfil «típico» de los usuarios de cada segmento de población?

▼ El siguiente paso a seguir en el diseño del estudio es definir los *perfiles «típicos»* de los usuarios de cada segmento.

▼ La idea de definir con claridad a los sujetos «típicos» de cada grupo o segmento al que queremos estudiar tiene el objeto de que compartan y se parezcan lo más posible a las opiniones y experiencias de la mayoría.

▼ La definición del perfil puede obtenerse a partir de los datos registrados sobre los pacientes o, en algunos casos, recurrir a un *informante clave*.

▼ La selección de los participantes se puede realizar mediante tres procedimientos: aleatorio, informante clave o mixto. ■

usuarios agrupados dentro de cada segmento, para que de esta forma las opiniones y los puntos de vista de los seleccionados sean lo más parecidos a los del resto del segmento.

En el ejemplo propuesto los perfiles típicos de usuarios en los diferentes segmentos, en una zona básica concreta, podrían estar definidos por las variables que figuran en la tabla 2.

La idea de definir con claridad a los sujetos «típicos» de cada grupo o segmento al que queremos estudiar tiene el objeto de que, puesto que vamos a preguntar y entrevistar a pocas personas, éstas compartan y se parezcan lo más posible a las opiniones y experiencias de la mayoría^{8,12,18,19}. Este concepto, por supuesto, hay que adaptarlo a cada estudio concreto. Podría ser que nos interesara precisamente seleccionar a sujetos «atípicos» para un estudio. Pensemos, por ejemplo, que queremos conocer los motivos por los que algunas usuarias abandonan un programa de control de embarazo de un centro de salud. En este caso, el perfil que buscamos no es el más frecuente entre las usuarias del centro de salud, pero es el típico de ese grupo de referencia: mujeres que han abandonado el programa.

La definición del perfil o de las características más comunes en los pacientes de cada grupo o segmento puede obtenerse a partir de los datos registrados sobre los pacientes o, en algunos casos, si estos datos no existen porque sobre el perfil que buscamos no disponemos de información, es habitual recurrir a un *informante clave*. Esta es una persona que conoce bien a la población de un segmento concreto y que puede aportar la información necesaria para señalar las variables principales a tener en cuenta a la hora de dibujar el perfil «típico» de ese grupo. Pensemos, por ejemplo, en población de difícil acceso, que no acude habitualmente al centro, y que precisamente por eso nos interesa que esté representada entre los participantes del estudio. En muchos casos, los trabajadores sociales, ONG, «los iguales», son magníficos informantes claves.

A partir de los perfiles se selecciona a los participantes en los grupos focales

Una vez definido el perfil de los usuarios en cada segmento, necesitamos elegir a al-

gunos de ellos para formar los grupos focales. La selección de los participantes se puede realizar mediante tres procedimientos:

1. A través de un procedimiento aleatorio, si se dispone de bases de datos o de registros que lo permitan.
2. Mediante un «informante clave». En este caso el informante clave es la persona que por su experiencia y contacto con la población de estudio tiene la información necesaria para seleccionar a los participantes de forma que se ajusten al perfil previamente definido. Se utiliza esta segunda opción generalmente cuando no se dispone de información registrada que permita utilizar un procedimiento aleatorio.
3. Procedimiento mixto: en primer lugar se seleccionan los sujetos a través de un informante clave, en el caso de que no se pueda realizar esto a partir de fuentes documentales, y a partir de esta selección se eligen a los participantes por un procedimiento aleatorio.

Como el número total de participantes es muy pequeño respecto a todos los posibles (4-10 personas por grupo focal), ya hemos señalado que es clave y fundamental el perfil y las características de los que van a ser seleccionados para formar estos grupos. Sus opiniones deben «representar» las opiniones comunes y generales de cualquier paciente que vive y experimenta el mismo tipo de atención.

Composición interna de cada grupo focal

Todos los participantes de un grupo focal comparten ciertas características que hacen que puedan hablar sobre un tema o experiencia común sin que la presencia de algunos inhiba la opinión de otros. Por esto se dice que los grupos focales deben ser homogéneos intragrupalmente. La homogeneidad busca la interacción de los participantes y que las opiniones que se expresan puedan ser discutidas y matizadas en función de las visiones y perspectivas de otros participantes²⁰. Los criterios de homogeneidad variarán en función del tema sobre el que gire la entrevista. Por ejemplo, la edad puede ser un factor que coarte las opiniones de algún participante en un grupo

focal, si se encuentran en el mismo jóvenes y mayores y se está hablando, por ejemplo, del programa de planificación familiar. Sin embargo, y volviendo al ejemplo de la edad, puede que ésta no provoque «el corte» de nadie si de lo que se está discutiendo es de algún aspecto más global o menos comprometido para algunos.

Podríamos pensar también en el caso del género. En algunos grupos formados por varones y mujeres, éste no ha sido un elemento inhibitorio y en otros lo ha sido y de forma muy importante (en un grupo sobre cuidados informales los varones que participaron hablaron muy poco sobre sus experiencias: les costaba trabajo explicar cómo cuidaban a su familiar enfermo delante de mujeres que claramente parecían mucho más expertas que ellos; el hecho de que cuidar sea un rol tradicionalmente atribuido a la mujer provocó estos comportamientos). En los estudios realizados sobre clima laboral en centros sanitarios mediante grupos focales, la categoría profesional ha resultado un criterio de homogeneidad imprescindible cuando los estudios se realizan en hospitales y, sin embargo, no lo es tanto cuando el contexto es el de atención primaria. Las diferencias culturales, económicas, de estatus social, etc., pueden actuar de la misma forma.

Además de la homogeneidad del grupo, para garantizar que los participantes en un grupo focal puedan expresarse libremente, contar sus experiencias, sus motivos, sus temores, sus deseos sin sentirse coartados por la presencia de nadie, es necesario que las personas que forman el grupo no se conozcan entre sí o al menos no tengan una relación cercana (familiares, vecinos, amigos, compañeros, etc.). Cuando uno habla con desconocidos, a los que sabe que no va a volver a ver, es más fácil expresar sin inhibiciones lo que uno piensa de un tema, sobre todo si éste es controvertido o muy íntimo. Tampoco por los mismo motivos deben tener una relación estable o cercana con el moderador del grupo.

En el ejemplo que estamos analizando, se han definido 6 segmentos de usuarios (a, b, c, d, e y f) en función del tipo de servicios o programas que utilizan en el centro de salud. Por supuesto que dentro de cada

grupo sus integrantes tienen otras características que los diferencian. Un buen diseño debe garantizar que esos rasgos queden reflejados en los discursos que se van a generar mediante la técnica de grupo focal. Es decir que los grupos estén formados por personas que, aunque son homogéneas en relación con los segmentos, tienen características distintas (varones y mujeres, de diferentes edades, de diferentes UAF o consultas, que viven en diferentes zonas, con distintas ocupaciones, con y sin problemas de salud asociados...) que hacen que el discurso del grupo sea rico y refleje diferentes puntos de vista, experiencias y motivaciones.

Por ejemplo, en el caso del segmento f (personas que cuidan en casa a un familiar anciano o enfermo), se podrían realizar en principio 2 grupos: uno con cuidadores de ancianos y otro con cuidadores de pacientes terminales. Cada uno de los grupos estaría constituido por:

- Sólo mujeres: ya que la casi exclusividad de las cuidadoras de la zona son mujeres y la presencia de algún varón (en nuestra experiencia es difícil encontrar a muchos) en un grupo de mayoría de mujeres, como ya hemos señalado, es muy probable que inhiba sus opiniones. (Para recoger la opinión de los varones podrían realizarse entrevistas individuales.)

- De edades diferentes, garantizando que estén representadas mujeres jóvenes y mayores.

- En cada grupo habrá mujeres que sólo trabajan en casa y otras que realizan la doble jornada fuera-dentro.

- Unas serían hijas del paciente y otras sus compañeras o esposas.

Se trata de conseguir, por un lado, grupos homogéneos de personas que tienen algo en común (el tipo de atención que reciben en el centro de salud) y que sus características personales y vitales no les hacen incapaces de hablar libre y espontáneamente en un grupo de discusión. Y por otro lado, se busca la heterogeneidad entre grupos (cada segmento, a, b, c, d, e y f de la población de estudio es diferente) y la heterogeneidad entre los miembros de un grupo (con el límite, como ya hemos dicho, de que estas diferencias no supongan

▶▶ LECTURA RÁPIDA

Composición interna de cada grupo focal

- ▼ Los grupos focales deben ser homogéneos intragrupalmente. La homogeneidad busca la interacción de los participantes y que las opiniones que se expresan puedan ser discutidas y matizadas en función de las visiones y perspectivas de otros participantes.

- ▼ Además de la homogeneidad del grupo, es necesario que las personas que forman el grupo no se conozcan entre sí o al menos no tengan una relación cercana.

- ▼ Se trata de conseguir, por un lado, grupos homogéneos de personas que tienen algo en común y que sus características personales y vitales no les hacen incapaces de hablar libre y espontáneamente en un grupo de discusión. Y por otro lado, se busca la heterogeneidad entre grupos y la heterogeneidad entre los miembros de un grupo.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

¿Cuántos grupos focales?



Es necesario un mínimo de 2 grupos por segmento definido para poder comprobar que los resultados que se obtienen en un grupo se ratifican en el otro grupo del mismo segmento («saturación» de la información).



Lo ideal son grupos formados por 7-9 personas.

La flexibilidad en el diseño: una característica fundamental



En una investigación cualitativa, los diseños permanecen abiertos durante todo el proceso, porque pueden modificarse en función de los resultados que se vayan obteniendo y a medida que nos vamos adentrando en el contexto del estudio

un obstáculo a la libre expresión de ningún participante).

¿Cuántos grupos focales?

La mayoría de los autores señala que es necesario un mínimo de 2 grupos por segmento definido^{13,15} para poder comprobar que los resultados que se obtienen en un grupo se ratifican en el otro grupo del mismo segmento. Esto es lo que se llama «saturación» de la información. Es el momento de la investigación en el que las opiniones de los participantes se repiten, son redundantes y hacer un grupo más no va a aportar información nueva.

¿Cuántas personas por grupo?

Ya hemos señalado anteriormente que un grupo focal está compuesto de un número de personas entre 4 y 10. Con menos de 4 personas la dinámica grupal es diferente, y algunos autores hablan entonces de grupos triangulares²¹. Grupos de más de 10 personas son muy difíciles de moderar y los participantes tienen poco tiempo para intervenir, generándose discursos más superficiales. Lo ideal son grupos formados por 7-9 personas.

La flexibilidad en el diseño: una característica fundamental

En una investigación cualitativa, los diseños permanecen abiertos durante todo el proceso, porque pueden modificarse en función de los resultados que se vayan obteniendo y a medida que nos vamos adentrando en el contexto del estudio y vayamos conociéndolo mejor³. Esto significa que en muchas ocasiones, cuando diseñamos el estudio, desconocemos mucho sobre la realidad que vamos a analizar. Precisamente en estos casos los métodos cualitativos están especialmente indicados: ante temas novedosos, ante fenómenos poco conocidos. A medida que vamos recogiendo y analizando la información, podemos encontrar, por ejemplo, que en un segmento de la muestra la información está muy saturada y sin embargo en otro siguen surgiendo temas nuevos o contradictorios.

En entornos desconocidos y de difícil acceso es frecuente recurrir a la estrategia de la «bola de nieve» para ir realizando contactos con informantes clave de forma su-

cesiva y encadenada². Éste es un claro ejemplo de la necesidad de que el diseño permanezca abierto y tenga la flexibilidad suficiente como para que se adapte a la realidad que queremos estudiar y no al contrario.

Bibliografía

1. Rundall TG, Devers KJ, Sofaer S. Introducción al suplemento especial «Métodos cualitativos en la investigación de servicios de salud». HSR 1999;34:1091-9.
2. Sofaer S. Métodos cualitativos: ¿qué son y por qué usarlos? HSR 1999;34:1101-8.
3. Hurley RE. La investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio. HSR 34;5:1119-36.
4. Baum F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. Social Science and Medicine 1995;40:459-68.
5. Bennet FJ. Qualitative and quantitative methods; in depth or rapid assesment [editorial]. Social Science and Medicine 1995;40:1589-90.
6. Hernández I. Una metodología ineludible en la investigación en salud pública. Revisiones en Salud Pública 1997;5:207-10.
7. Domingo A. En torno al debate metodológico, en pos de la globalidad. Revisiones en Salud Pública 1997;5:211-4.
8. March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gac Sanit 1999;13:312-9.
9. Fernández de Sanmamed MJ. Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria [editorial]. Aten Primaria 1999;23:453-4.
10. Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995;311:251-3.
11. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. BMJ 1995;311:109-12.
12. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria 2000; 25:181-6.
13. Kitzinger J. Introducing focus groups. BMJ 1995;311:299-302.
14. Debus M, Poter/Novelli N. Organización de una investigación con grupos focales. En: Health Com, editores. Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales. Pennsylvania, 1988.
15. Barbour RS. Using focus group in general practice research. Family Practice 1995;12: 328-34.
16. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. Aten Primaria 1999;24:295-300.
17. Prieto MA, March JC, Gutiérrez P, Carmona G y Equipo de Evaluación del PSMI. Motivación e incentivos: percepciones diferentes de

- gestores y profesionales. *Aten Primaria*; 1998;22:220-6.
18. Tang KC, Davis A. Critical factors in the determination of focus group size. *Family Practice* 1999;12:474-5.
 19. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, López Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria* 1999;24: 259-66.
 20. Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness* 1994;16:103-19.
 21. Conde Gutiérrez F. Los métodos extensivos e intensivos en la investigación social de las drogodependencias en las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, 1993.