



## INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

# El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica

M.M. García Calvente e I. Mateo Rodríguez

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

*Palabras clave:* Eficacia; Grupo focal; Investigación cualitativa.

### Concepto y fundamentos del grupo focal

La incorporación de la técnica del grupo focal a la investigación y evaluación en salud es relativamente reciente; sin embargo, la expansión de esta nueva tecnología sigue un ritmo exponencial. Si se realiza una búsqueda en MEDLINE y HealthSTAR, se encontrará más de 800 artículos publicados durante los últimos 5 años que utilizan el grupo focal como única metodología o en combinación con otros métodos. La técnica tiene su origen en la sociología de mediados de siglo, con el trabajo pionero de Robert Merton<sup>1</sup>, aunque su uso no se hace extensivo hasta la década de los setenta, cuando es rescatada para su aplicación en el ámbito de los estudios de mercado. El supuesto teórico que justifica su utilización es que todas las organizaciones —también las sanitarias— han de estar interesadas en «escuchar al cliente, al usuario (real o potencial) de sus servicios y programas»<sup>2</sup>. Veremos que muchas de las aplicaciones del grupo focal al campo de la salud se fundamentan en este presupuesto.

El grupo focal constituye una técnica especial, dentro de la más amplia categoría de entrevista grupal, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo<sup>3</sup>. Las actitudes y los puntos de vista sobre un determinado fenómeno no se desarrollan aisladamente, sino en interacción con otras personas. El grupo focal es «una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de in-

terés, en un ambiente permisivo y no directivo»<sup>2</sup>. Se diferencia de las técnicas grupales de consenso (por ejemplo, grupo nominal, técnica Delphi) en que su propósito fundamental es comprender el porqué y el cómo las personas piensan o sienten de la manera que lo hacen<sup>2</sup> y no se pretende llegar a acuerdos. Importa tanto lo que hay de común como lo que hay de diferente en las experiencias de los participantes. Resulta más complejo establecer las diferencias con el grupo de discusión, ampliamente utilizado en la investigación social, cuyas bases teóricas y metodológicas surgen en el contexto español<sup>4</sup>. El grupo de discusión está diseñado para investigar los lugares comunes de un grupo de personas que, colocadas en una situación discursiva (conversación), tienden a representar discursos más o menos «tópicos» de los grupos sociales a los que pertenecen<sup>5,6</sup>. En contraste, en la entrevista en grupo predomina el punto de vista personal, de tal manera que se escucha en grupo, pero se habla como entrevistado singular<sup>6</sup>. Por último, es fácil diferenciar el grupo focal de los grupos terapéuticos y de otras modalidades de procesos grupales cuyo propósito, estructura y funcionamiento tienen características netamente distintas<sup>7</sup>.

### Ventajas y limitaciones

El grupo focal comparte las ventajas y limitaciones de cualquier método cualitativo, mientras que otras le son específicas (tabla 1). Frente a la entrevista individual, su principal ventaja es la interacción entre los participantes. La presencia de otras personas, consideradas como semejantes, puede provocar más fácilmente la «autoconfesión»<sup>2</sup> y ofrece la oportunidad de estimular la genera-

ción de ideas y de observar la interacción entre los individuos<sup>3</sup>. Pero puede convertirse en limitación si los participantes se sienten coartados por la presencia del grupo o por la dominancia de algunos miembros. En todo caso, elementos tales como el propósito de la investigación, la sensibilidad del tema a tratar y los aspectos logísticos y de coste son importantes a la hora de considerar la opción por uno u otro métodos de entrevista<sup>8</sup>. El carácter abierto y no directivo de la conversación ofrece flexibilidad al investigador para explorar nuevos temas no contemplados previamente<sup>3</sup> y libertad a los participantes para responder o no a las cuestiones planteadas<sup>9</sup>. Pero son múltiples los peligros potenciales de esta «falta de control»: invertir tiempo en temas irrelevantes, perder el rumbo de los objetivos de investigación, disminuir la comparabilidad entre la información de diferentes grupos, etc<sup>3</sup>. La experiencia del moderador en la conducción de grupos focales y su familiaridad con los procesos grupales pueden sortear con éxito estos peligros.

Una de las ventajas que el grupo focal comparte con otros métodos cualitativos es la de ofrecer información respetando las opciones y los términos utilizados por los participantes mismos. Esta característica confiere a la información un alto grado de validez subjetiva<sup>2</sup>, sobre todo en comparación con los datos obtenidos a través de instrumentos cerrados como un cuestionario. Sin embargo, el análisis de los datos es más complejo y es más difícil cubrir los requerimientos de transferibilidad de los resultados. Tradicionalmente, el grupo focal se considera un método rápido y poco costoso<sup>2,9</sup>. Sin embargo, no siempre es así. Un buen diseño y un análisis en profundidad pueden con-

Correo electrónico: mar@easp.es

(Aten Primaria 2000; 25: 181-186)

**TABLA 1. Ventajas y limitaciones del grupo focal**

Ventajas	Limitaciones
La interacción en grupo estimula la generación de ideas creativas y la espontaneidad	La presión del grupo puede coartar a algunos participantes y limitar la confidencialidad
Muy útil para temas complejos sobre los cuales se dispone de poca información	Se trata de preguntas abiertas no aplicables a la medición de fenómenos
Ofrece flexibilidad para explorar nuevos aspectos y dimensiones de un problema	Requiere experiencia del moderador para no perder el rumbo de la investigación
Se obtiene información de varias personas a la vez	Está limitada la posibilidad de obtener mucha información de cada participante
Ofrece información de alta validez subjetiva	Los datos no tienen el carácter de representatividad estadística
Es relativamente rápida y menos costosa que otras técnicas	La formación de un grupo homogéneo puede resultar difícil y el análisis de datos complejo

**TABLA 2. Aplicaciones del grupo focal en la investigación y evaluación en salud (con especial referencia a la atención primaria)**

Tema de investigación	Método	Autor	Revista	Año
Perspectivas de los consumidores sobre la provisión de servicios preventivos por los médicos de atención primaria	Grupos focales	Cogswell B, Eggert MS	Archives of Family Medicine	1993
Desarrollo de un cuestionario sobre comportamientos preventivos en sida	Grupos focales	O'Brien	Health Education Quaterly	1993
Factores asociados a la aceptabilidad de la mamografía en mujeres de bajo nivel socioeconómico	Grupos focales	Skinner CS et al	Health Education Research	1995
Percepciones de las mujeres sobre sus problemas y necesidades de salud	Grupos focales	Wong GC et al	Social Science and Medicine	1995
Desarrollo de indicadores de calidad en la atención primaria de los pacientes crónicos	Grupos focales + panel de expertos + técnicas de consenso	Wensing M et al	Quality in Health Care	1996
Necesidades percibidas por cuidadores de personas dependientes	Grupos focales	Ward H, Cavanagh J	Journal of Public Health Medicine	1997
Percepciones sobre el suicidio en jóvenes	Grupos focales	Coggan C et al	Social Science and Medicine	1997
Desarrollo de guías de práctica clínica para médicos de atención primaria sobre el manejo de casos de violencia doméstica	Grupos focales + panel de expertos + Delphi modificado	Ferris L et al	JAMA	1997
Evaluación de las campañas de publicidad antitabaco	Grupos focales + análisis de prensa y documental	Goldman LK et al	JAMA	1998
Identificación de los criterios que usa el público para valorar la calidad de los servicios de atención primaria	Grupos focales	Haddad S et al	Social Science and Medicine	1998
Impacto del uso de un método de aborto no quirúrgico sobre la vida privada de las participantes en los ensayos clínicos del método	Grupos focales	Simonds W et al	Social Science and Medicine	1998

sumir mucho tiempo y, por otra parte, el proceso de conformar un grupo no resulta fácil, en especial en poblaciones a las que es difícil acceder por cualquier motivo<sup>2,10</sup>.

### Usos y aplicaciones al ámbito de la salud

El grupo focal puede ser utilizado como un método de investigación y evaluación por sí mismo, o bien como complemento de otros métodos cualitativos y cuantitativos (tabla 2). De una u otra forma, estará indicado

cuando se desea aprender sobre las experiencias y perspectivas de los participantes. El grupo focal es de utilidad cuando se pretende investigar *qué* piensan los participantes, pero resulta especialmente valioso para averiguar *por qué* piensan de la manera que lo hacen<sup>3</sup>. De esta manera, el grupo focal «llega allí donde otros métodos no pueden alcanzar»<sup>11</sup>.

Su aplicación en el diseño y evaluación de programas y servicios es múltiple: valoración de necesidades y preferencias de los pacientes, iden-

tificación de obstáculos para la puesta en marcha, desarrollo de materiales educativos o evaluación de la calidad de los servicios. Otras indicaciones tienen que ver con la investigación en profundidad de un determinado fenómeno de interés, sobre todo cuando se trata de comprender actitudes y percepciones frente a comportamientos de riesgo o analizar las creencias y valores culturales dominantes. El grupo focal tiene su utilidad, por último, en el desarrollo de instrumentos de medida adecuados a la población diana.

**TABLA 3. Diseño de una investigación con grupos focales**

Formación de los grupos	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Quiénes serán los participantes?</li> <li>¿Cuántos participantes por grupo?</li> <li>¿Cuántos grupos?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Definir las características de segmentación según objetivos</li> <li><input type="checkbox"/> Homogeneidad intragrupo</li> <li><input type="checkbox"/> Heterogeneidad intergrupos</li> <li><input type="checkbox"/> «Representantes» de la población de estudio y desconocidos entre sí</li> <li><input type="checkbox"/> 7-10 participantes por grupo (no menos de 4)</li> <li><input type="checkbox"/> Mínimo de 2 grupos por variable de segmentación: ¿más grupos añaden más información?</li> </ul>
Elaboración del guión de temas	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué temas se van a tratar?</li> <li>¿Qué cuestiones se van a plantear?</li> <li>¿Con qué secuencia?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Decidir qué información se necesita (objetivos)</li> <li><input type="checkbox"/> Preparar un listado de campos temáticos (de lo general a lo específico)</li> <li><input type="checkbox"/> Preparar un listado de preguntas sobre cada tema</li> <li><input type="checkbox"/> Pilotar el guión</li> </ul>
Preparación y desarrollo de las reuniones	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo captar a los participantes?</li> <li>¿Dónde y cuándo?</li> <li>¿Quién hará la moderación?</li> <li>¿Quién hará de observador?</li> <li>¿Cómo se desarrollará la reunión?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identificar fuentes de información sobre posibles participantes</li> <li><input type="checkbox"/> Preparar cuestionario de selección</li> <li><input type="checkbox"/> Contacto e invitación</li> <li><input type="checkbox"/> Seleccionar lugar y preparar material necesario</li> <li><input type="checkbox"/> Entrenar al moderador y al observador</li> <li><input type="checkbox"/> Preparar el desarrollo de la reunión (inicio, preparación, debate a fondo, clausura)</li> <li><input type="checkbox"/> Revisión del proceso tras la reunión</li> </ul>

La información de los grupos focales puede ayudar a construir un cuestionario utilizando las palabras y categorías propias de la población a la que va dirigido, a elaborar las dimensiones para medir un determinado concepto, a la generación de nuevas hipótesis de estudio y al desarrollo de los procedimientos de encuesta. En el caso de la investigación que vamos a utilizar como ejemplo, nos planteamos inicialmente el uso del grupo focal en esta aplicación, es decir, como fase previa en el diseño de una encuesta dirigida a cuidadores informales. Los objetivos de esta primera fase cualitativa se describieron como: *a)* contribuir a la definición operativa de determinadas variables (por ejemplo, cuidado informal, cuidador principal, tipología de cuidados); *b)* ayudar a la construcción de un cuestionario comprensible y adaptado al lenguaje de la población de estudio (cuidadores principales), y *c)* conocer la experiencia de los cuidadores en relación a su papel. Como toda investigación, ésta también tiene su historia. Los cuidadores participantes en los grupos focales nos demostraron que la riqueza y profundidad de su experiencia superaba con creces estos objetivos iniciales. Finalizado ya el estudio en su totalidad, la investigación cualitativa ha cobrado sentido y cuerpo por sí misma, además de ser de la máxima utilidad tanto para el diseño de la encuesta como para la interpretación de los resultados numéricos.

### Diseño y planificación de la investigación

En la **tabla 3** se resumen las principales características del diseño de una investigación con grupos focales, del que vamos a comentar tres puntos clave: la selección de los participantes, la elaboración del guión de temas y la conducción de las reuniones.

#### *Formación de los grupos: selección, captación y convocatoria*

Los participantes en los grupos deben ser «representantes» de la población diana, al mismo tiempo que esperamos obtener información sobre toda la variedad de opiniones que existe en esa población, cuando consideramos en conjunto todos los grupos realizados. La segmentación consiste en identificar a los subgrupos que componen la población y decidir cuáles deben estar incluidos en el estudio, en función de criterios que se corresponden con aquellas características que pueden marcar diferencias en la manera de vivir, sentir y opinar acerca del tema de interés. Habitualmente se utilizan tanto criterios sociodemográficos (sexo, edad, estatus, lugar de residencia), como aquellos que resulten pertinentes en cada caso<sup>6</sup>. Se aconseja diseñar grupos homogéneos internamente en relación con aquellas características que pueden dificultar la comunicación, al tiempo que se facilita el aná-

lisis en profundidad de aquellos temas comunes a los miembros del grupo<sup>11,12</sup>. El tipo y número de características a considerar depende de los objetivos del estudio, aunque el criterio general debe ser siempre el de saturación del campo de hablas que resulten pertinentes<sup>6</sup>.

El tamaño del grupo influye en la dinámica de la discusión<sup>3,13</sup>. Grupos pequeños generan discusiones más intensas y detalladas, incluyendo más información sobre cada participante; sin embargo, si son demasiado reducidos, se genera mayor tensión y pasividad. No existe una norma fija en cuanto al número de grupos a realizar, que dependerá del grado en que podamos agrupar atributos distintos en un mismo grupo respetando el criterio de homogeneidad<sup>6</sup>. Se admite la necesidad de organizar al menos 2 grupos para cada variable de segmentación, pero debe prevalecer un criterio flexible de realizar grupos hasta llegar a la saturación de la información<sup>8</sup>.

Los cuidadores principales constituían nuestra población diana. La bibliografía nos indicaba que las experiencias podían ser diferentes en función de las características de la persona a la que cuida, del medio rural o urbano y de la situación laboral del cuidador, así que éstos fueron los criterios de segmentación. Mantuvimos la homogeneidad intragrupo en nivel educativo, edad y género, para evitar interferencias en la comunicación.

El diseño cualitativo se caracteriza por su flexibilidad y carácter iterati-

vo, de modo que permite redefinir los criterios de segmentación a medida que se produce la información. Así, aunque en un primer momento planificamos un grupo por cada segmento (por ejemplo, cuidadores de personas mayores que residían en medio urbano y que trabajaban fuera de casa), un primer análisis indicó que la situación laboral no se justificaba como variable de segmentación, de modo que en los grupos siguientes se integraron cuidadores con diferente situación laboral.

En la mayoría de los casos es necesario recurrir a informantes clave para identificar a personas que reúnan el perfil definido, aunque también se pueden utilizar censos o registros si están disponibles. Resulta muy útil elaborar un registro con los datos de contacto y las características relevantes para la segmentación de los grupos. Es frecuente encontrarse con que los participantes no acuden a la reunión, a pesar de haber sido convocados en varias ocasiones. Cuando esto ocurra, revise el proceso de convocatoria desde el principio.

Un número importante de personas convocadas y que confirmaron su asistencia no acudieron a las primeras sesiones. Identificamos dos problemas: *a)* las personas convocadas no nos «reconocían», esto es, no éramos una referencia para ellas, y *b)* se trataba de cuidadores principales, esto es, personas con muy poco tiempo disponible para reunirse. Esto nos hizo modificar el procedimiento: desde el primer contacto utilizábamos a los informantes clave como «intermediarios» («le llamo de parte de...») e identificábamos dificultades para acudir a la reunión ofertando soluciones (por ejemplo, facilitarle el transporte, ofrecer servicio de «canguro»). Esto mejoró decisivamente la asistencia a los grupos.

### Elaboración del guión de entrevista

El guión de entrevista consiste en una lista de temas o cuestiones a tratar a lo largo de la reunión que sirve para garantizar que se recoge toda la información necesaria para responder a los objetivos del estudio. Para elaborarlo se identifica, en primer lugar, una lista extensa de posibles áreas temáticas —teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la revisión bibliográfica— y posteriormente

una serie de cuestiones a plantear<sup>8</sup>. Las cuestiones han de ser pocas, y formuladas en forma de preguntas abiertas, que permitan obtener información en profundidad (por ejemplo, un ¿cómo? o un ¿qué?, mejor que un ¿cuántos? o un ¿por qué?). Por último, es importante pilotar el guión para valorar su forma, secuencia y contenido.

### Desarrollo de una reunión: moderación

En la etapa preparatoria de una reunión se han de cuidar al detalle los aspectos logísticos para generar un clima relajado y confortable en el que los participantes puedan expresarse cómodamente. La elección del lugar (accesible, «neutral», adecuado), el ambiente (tranquilo y amigable) y la comprobación de todo lo necesario (grabadoras, cintas, pilas, papel, material de «estímulo») son ingredientes clave. Una reunión de grupo focal se desarrolla típicamente en 4 etapas:

**Fase 1. Introducción.** Tras la recepción y disposición de los participantes alrededor de una mesa, el moderador se presenta, da la bienvenida, expone en términos generales el propósito de la reunión, explicita las similitudes entre los participantes («*todos ustedes han sido seleccionados porque cuidan a alguna persona mayor, viven en esta ciudad y trabajan fuera de su casa*») y fomenta las opiniones divergentes («*no existen respuestas correctas o equivocadas, simplemente experiencias o puntos de vista que pueden ser muy distintos entre sí*»). Se establecen las normas generales de la reunión, resaltando la confidencialidad («*es necesario grabar la reunión, pero en ningún caso se manejarán sus datos personales*») y la interacción entre los participantes («*no se trata de que yo pregunte y ustedes contesten, sino de que conversen entre sí*»).

**Fase 2. Preparación del grupo.** Se inicia con una presentación de los participantes («*vamos a presentarnos y comentar brevemente la experiencia de cada uno como cuidador de una persona mayor*»), que ayuda a «romper el hielo» y da la oportunidad de hablar a todos. La finalidad de esta etapa es transformar la reunión de varios individuos en un grupo que interactúa entre sí, de modo que el mo-

derador procurará intervenir lo menos posible para que se propicie verdaderamente un intercambio entre los participantes.

**Fase 3. Debate a fondo.** Es el «cuerpo» de la reunión, donde se plantean los temas pasando de cuestiones generales y poco «comprometidas» a otras más específicas que se sondean en profundidad. Aquí la moderación adquiere mayor grado de complejidad, ya que se ha de mostrar una actitud de escucha activa y no enjuiciadora, a la vez que se conduce la discusión hacia los temas relevantes. Uno de los peligros frecuentes es la falta de flexibilidad y reflejos del moderador para retomar y profundizar en nuevos temas, aunque no figuren en el guión. Es importante evitar que algunos participantes dominen la discusión e impongan sus puntos de vista. Cuando esto ocurre, puede resultar muy útil el lenguaje no verbal (por ejemplo, apartar la mirada del que acapara la discusión y fijarla en los que no intervienen) o incluso el verbal de forma explícita («*me gustaría saber qué opinan sobre esto las personas que aún no se han expresado*»).

**Fase 4. Clausura del grupo.** Aunque la duración de una reunión suele oscilar en 90-120 minutos, no existe un límite prefijado. La reunión termina cuando se agota la información que surge del grupo sobre los temas a tratar. El moderador resume los principales temas identificados, comenta de nuevo la utilidad que se va a dar a los resultados y que el grupo no se va a volver a reunir como tal, y finaliza agradeciendo a los participantes su colaboración.

Después de la reunión, es muy útil que moderador y observador comenten su desarrollo y recapitulen el contenido y significado de lo que se ha dicho. Se analiza, a la luz de lo ocurrido en la reunión, si es necesario reorganizar la guía de temas, modificar el perfil de los participantes en siguientes grupos, seguir realizando más grupos de ese segmento o no, modificar la dinámica de la moderación u otros aspectos del diseño. Es necesario resaltar la importancia del ayudante-observador, cuyo «silencioso» papel consiste en recibir y colocar a los participantes, manejar el equipo de grabación, registrar en papel lo que está ocurriendo en el grupo de manera no verbal (por

**TABLA 4. Fases del análisis de la información de los grupos focales**

1. Transcripción literal de las grabaciones
2. Lectura preliminar de las transcripciones
3. Elaborar el guión de categorías
a. Nombre de la categoría de análisis
b. Descripción de la información que se va a incluir bajo esa categoría
c. Abreviatura de la categoría (código que se va a introducir en el texto)
4. Codificación de las transcripciones
a. Dividir el texto en fragmentos (unidades de análisis básicas)
b. Asignar a cada fragmento categorías temáticas
5. Análisis de contenido de las transcripciones
a. Análisis del contenido de cada grupo focal
b. Análisis del contenido de las categorías
6. Elaboración del informe final

ejemplo, el lenguaje corporal y gestual) y la dinámica general de la reunión, incluyendo una evaluación de la moderación.

### Análisis de la información

Una vez registrada la información, se puede optar por diferentes modelos de análisis, que se tratan en otro lugar de esta serie. La preferencia por uno u otro método depende fundamentalmente de los objetivos del estudio y del paradigma teórico en el que se mueva el investigador.

En el caso de nuestro estudio, el análisis se abordó como un proceso de examen sistemático del texto, identificando y clasificando los temas y codificando el contenido del discurso (tabla 4). Una lectura preliminar del texto nos ayudó a obtener una visión global, durante la cual se fueron anotando todas las ideas que surgían de los datos y que podían ser útiles para las siguientes fases de análisis. El uso de un código para cada participante facilitó el seguimiento del discurso de una misma persona, garantizando su confidencialidad. Inicialmente teníamos en mente un guión inicial de categorías, construido a partir de los objetivos del estudio y de la bibliografía consultada. Posteriormente, lo completamos añadiendo categorías extraídas a partir de la lectura de las transcripciones. Es fundamental adoptar una actitud «de alerta» durante la lectura (escucha) de los textos para identificar temas importantes a añadir o a eliminar a partir del discurso de los participantes. Finalmente, las categorías

se depuraron conforme a los datos, hasta establecer un sistema de organización satisfactorio teniendo en cuenta criterios de exhaustividad.

El informe final comunica de forma resumida toda la información sobre cada tema, ilustrada con una selección de citas textuales. En nuestro caso, esta información incluía un análisis de contenido por grupos y por categorías temáticas. Esto significa identificar y resumir el contenido de cada categoría (*¿qué se dice?* y *¿quién lo dice?*) buscando: *a)* contenidos comunes inter e intragrupo (temas que aparecen de forma recurrente); *b)* contenidos poco frecuentes (variaciones en los temas, características que diferencian una posición de otra); *c)* confusiones y contradicciones en el contenido inter e intragrupo, y *d)* información ausente en relación a la pregunta de investigación. En la fase final del análisis se proponen relaciones entre las categorías, de manera que las aisladas se conectan entre sí en una estructura explicativa. Además, para cada uno de los temas se determinan de forma explícita las distintas posiciones/respuestas adoptadas por grupos pertenecientes a diferentes segmentos.

En resumen, el grupo focal constituye una opción adecuada para la investigación y evaluación en el campo de la salud, especialmente para aquellos temas en los que se requiere incorporar la perspectiva de los pacientes, de los usuarios, de la población a la que van dirigidas nuestras actuaciones como profesionales sanitarios. Sin embargo, no es una

opción fácil, requiere cierto entrenamiento y una buena dosis de tolerancia para la incertidumbre. Y también de buen humor, ya que se trabaja de manera dinámica y abierta con procesos en grupo que integran personas: ¡cualquier cosa puede ocurrir! En todo caso, estamos de acuerdo con Kitzinger<sup>11</sup> en que la mejor manera de saber si el grupo focal es una opción apropiada o no en un caso concreto es... intentarlo en la práctica.

### Bibliografía

1. Merton RK. The focused interview and focus groups: continuities and discontinuities. *Public Opinion Quarterly* 1987; 51: 550-556.
2. Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1988.
3. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Londres: SAGE, 1988.
4. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI, 1997.
5. Alonso LE. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1994; 225-238.
6. Canales M. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1994; 288-311.
7. Ávila A, García de la Hoz A. De las concepciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones psicosociales. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1994; 317-356.
8. Debus M. Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales. Pennsylvania: HealthCom, 1988.
9. Barbour RS. Using focus groups in general practice research. *Family Practice* 1995; 12 (3): 328-334.
10. Yelland J, Gifford SM. Problems of focus group methods in cross-cultural research: a case study of beliefs about sudden infant death syndrome. *Austral J Public Health* 1995; 19 (3): 257-263.
11. Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness* 1994; 16 (1): 103-119.
12. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311: 299-302.
13. Tang KC, Davis A. Critical factors in the determination of focus group size. *Family Practice* 1995; 12 (4): 474-475.