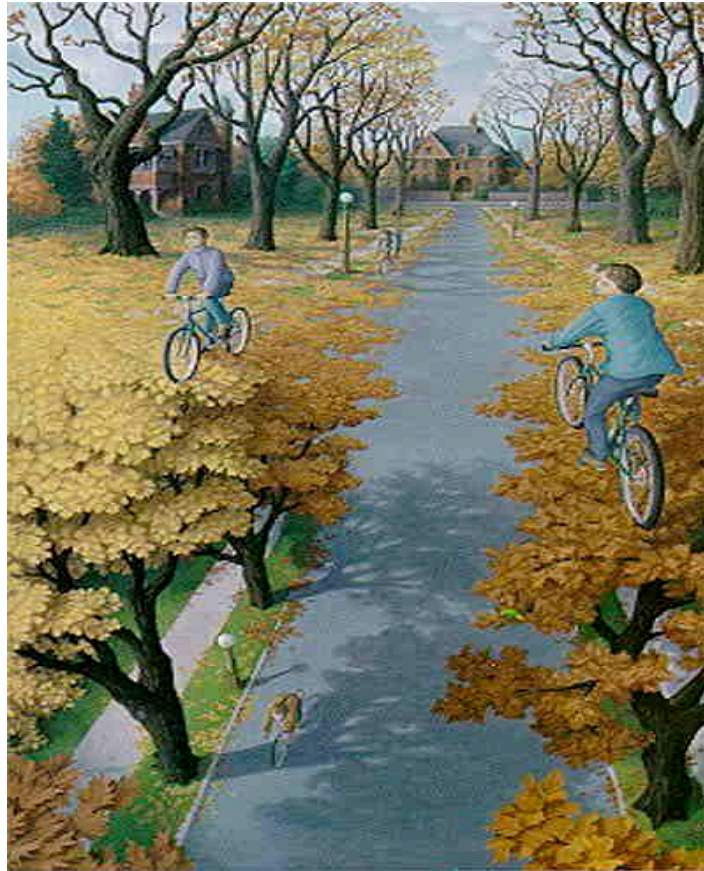




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA



PARADIGMAS QUE SUBYACEN EN LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

ANTOLOGÍA

LAURA MORÁN PEÑA
ROCÍO DEL C. GUILLÉN VELASCO
Compiladoras

ARTEMISA ESPINOSA OLIVARES
Asesoría pedagógica

MÉXICO, D. F. SEPTIEMBRE, 2015

CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| PRESENTACIÓN | 3 |
| UNIDAD TEMÁTICA 1 INVESTIGAR ¿PARA QUÉ? | 4 |
| Conocimiento y método: los vértices del juego <i>José Luis Díaz</i> | 5 |
| ¿Investigación en enfermería o investigación en salud? De la teoría a la práctica del cuidado <i>Enrique Ramalle Gómara</i> | 21 |
| Propuestas para la formación y la investigación <i>Suzannee Kérouac, Jacinthe Pepin, F. Ducharme , A. Duquette y Francine Major</i> | 23 |
| La investigación de enfermería: Instrumento de acción <i>Colegio Internacional de Enfermeras</i> | 28 |
| UNIDAD TEMÁTICA 2 LOS PARADIGMAS Y SU ORIGEN | 31 |
| La investigación enfermera: entre el mito de la racionalidad y la necesidad de un cambio de paradigma <i>Enfermería Clínica</i> | 32 |
| Epistemología y enfermería II: paradigmas de la investigación <i>José Luis Medina Moya y Ma. Paz Sandín Esteban</i> | 36 |
| El debate investigación cuantitativa frente investigación cuantitativa <i>Julio Cabrero García y Miguel Richart Martínez</i> | 56 |
| UNIDAD TEMÁTICA 3 EL DENOMINADO MÉTODO CIENTÍFICO Y SU RELACIÓN CON LOS ESTUDIOS CUANTITATIVOS DE INVESTIGACIÓN | 65 |
| ¿Existe el método científico? Resumen general y conclusiones <i>Ruy Pérez Tamayo</i> | 66 |
| Las etapas del proceso de la investigación <i>Marie-Fabienne Fortin, José Côte y Bilkis Vissandjée</i> | 83 |
| UNIDAD TEMÁTICA 4 LOS MÉTODOS CUALITATIVOS COMO VÍAS PARA INVESTIGAR EN SALUD Y EN ENFERMERÍA | 93 |
| Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa <i>Carmen de la Cuesta Benjumea</i> | 94 |
| Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería <i>Carmen de la Cuesta Benjumea</i> | 101 |
| UNIDAD TEMÁTICA 5 REVISIÓN DE ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN | 111 |
| Comunicación de los resultados <i>Marie-Fabienne Fortin</i> | 112 |
| Normas para revisión de artículos originales en ciencias de la salud <i>Manuel A. Bobenrieth Astete</i> | 120 |
| Artículos para revisión | 131 |

PARADIGMAS QUE SUBYACEN A LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN

Dentro de la comunidad científica se asume que para el desarrollo de la Enfermería como disciplina es necesaria la investigación; no cabe discusión al respecto. Sin embargo, existen importantes discrepancias en la forma y método de llevarla a cabo, tanto en sus fundamentaciones epistemológicas como en el lugar que ocupa la investigación enfermera en el mundo.

Por ello, nos complace presentar este material que es base para el trabajo intelectual que habrás de desarrollar durante el seminario *Paradigmas que subyacen a la investigación en enfermería* en el que se espera seas capaz de diferenciar los paradigmas en la investigación así como la pertinencia de utilizarlos para describir, explicar o comprender los fenómenos con los que trabaja enfermería.

La compilación de estas lecturas, pretende crear un espacio de reflexión sobre los beneficios que el conocimiento de los diferentes paradigmas de investigación pueden proporcionarte como grupo profesional, así como, la posibilidad de recuperar conocimientos específicos sobre las bases fundamentales de la ciencia, los métodos y técnicas de investigación de una forma muy general, para que como estudiante te inicies en la búsqueda de las nociones científicas y contribuyas a reconocer y, en su caso, a expandir el cuerpo de conocimientos de nuestra profesión.

De esta forma, el material incluye lecturas muy interesantes que abarcan desde las perspectivas epistemológicas, filosóficas y teóricas relativas a la investigación hasta las evidencias prácticas a través de la difusión de artículos de investigación. Obviamente, que los resultados de investigación difundidos son una expresión de los paradigmas presentes en el proceso de investigación y los diversos abordajes metodológicos derivados de ellos.

Como señalamos con anterioridad, el presente material es el mínimo indispensable para el logro de los objetivos del seminario, esperamos verlo enriquecido con la búsqueda documental que realices, lo cual sin duda alguna, ofrecerá la posibilidad de desarrollar habilidades necesarias para aproximarte de mejor manera al conocimiento de la investigación en enfermería.

UNIDAD TEMÁTICA 1

INVESTIGAR, ¿PARA QUÉ?

INTRODUCCIÓN

La investigación tiene múltiples beneficios para los profesionales: ayuda a mejorar la práctica porque nos permite establecer contacto con la realidad a fin de que la conozcamos mejor, constituye un estímulo para la actividad intelectual creadora a través del desarrollo de una curiosidad creciente acerca de la solución de problemas y contribuye al progreso de la lectura crítica.

Si partimos del origen y de la función que tiene el conocimiento en la generación de nuevos saberes y nuevas formas de solucionar los problemas, estaremos en la posibilidad de entender por qué el ser humano tiene esta necesidad intelectual básica que le ha permitido crecer y desarrollarse en el trascurso de la historia. Gracias a la sistematización que ha hecho del conocimiento, hemos alcanzado una detallada reconstrucción del mundo, más amplia, perfecta e íntimamente.

A través de la lectura *Conocimiento y método: los vértices del juego*, te invitamos a explorar el edificio de la ciencia cuya base nos permite reflexionar qué es el conocimiento y cómo nos apropiamos de él. Por su parte, las lecturas *¿Investigación en enfermería o investigación en salud? De la teoría a la práctica del cuidado*, *Propuestas para la formación y la investigación* y *La investigación de enfermería: instrumento de acción*, te ofrecen diversas perspectivas sobre los beneficios que reporta a la enfermería el realizar procesos de investigación tanto de la disciplina, como sobre los diversos fenómenos en el contexto de la salud.

La meta final de la enfermería es mejorar su práctica, de manera tal que los servicios que proporcione tengan el máximo impacto posible y ésta no se podrá mejorar mientras que la responsabilidad científica no se convierta en una parte esencial de la formación de las enfermeras. Afortunadamente, con el aumento en el reconocimiento de la investigación en enfermería como parte integral del comportamiento profesional y que se ha acelerado en los últimos años, va creciendo esta área tan importante e imprescindible del desarrollo disciplinario.

I. CONOCIMIENTO Y MÉTODO: LOS VÉRTICES DEL JUEGO•

EL ORIGEN Y LA FUNCIÓN DEL CONOCIMIENTO

EL CONOCIMIENTO es una información sutil y formidable, personal y colectiva que buscamos, atesoramos y utilizamos. Es la esencia de la cultura y de las universidades, ya que lo que en aquélla se cultiva es el árbol que el mito bíblico llamó de la ciencia, y lo que define a éstas no son sus edificios, sino el lugar donde se genera, trasmite y difunde el conocimiento. Es un objetivo para el que tenemos disponible una energía intensa y misteriosa. La misma que impulsa a cualquier animal a informarse acerca de un lugar novedoso a pesar del riesgo. La que lo impulsa a mirar, oír, oler o tocar para, con esos datos, trazarse un mapa del mundo que le permita habitarlo y usarlo, en una palabra: adaptarse. Así, la función última del conocimiento es la adaptación, un asunto de vida o muerte.

El deseo de saber y su satisfacción, conocer, son el teatro de la vida misma, un drama permanente de conflicto y resolución que no sólo ha dado origen a la ciencia; mucho antes haría florecer a la filosofía, y aun antes, en la aurora del ser humano, al arte y a la técnica. Y también, aquí y allá, produjo sabiduría. Es así que aquellos pueblos que cultivaron el árbol del conocimiento cosecharon civilizaciones, culturas acabadas de sello propio, y aquellos individuos que lo labraron produjeron filosofías y enseñanzas, individuos y enseñanzas que han matizado y en más de un sentido impelido el devenir de los seres humanos sobre la Tierra.

Conocimiento y como consecuencia adaptación. Adaptación y como consecuencia evolución. Si este es el caso parecería de importancia capital detenerse a reflexionar sobre que es el conocimiento. Desde antaño se dice que en esencia el conocimiento es una relación que se establece entre un sujeto y un objeto. En tal relación el sujeto capta propiedades o características del objeto y constituye una imagen o representación. Ahora bien, pronto nos damos cuenta de que, lejos de ser un mero receptor pasivo, el sujeto se comporta activamente para que pueda darse el conocimiento: debe orientarse hacia el objeto, percibirlo, valorarlo, razonarlo, imaginarlo, manipularlo. Además, es en la acción donde mejor se manifiesta el papel activo del sujeto, ya que el conocimiento se revela en un cambio conductual del individuo en referencia al objeto, cambio que refleja el proceso mismo de su adquisición y que llamamos aprendizaje. En una palabra: es sólo en un proceso activo de interacción entre objeto y sujeto que puede surgir el conocimiento. Quizás podríamos decir que el conocimiento es el esquema dinámico de tal interacción.

Hasta aquí he dado una descripción comúnmente aceptada del fenómeno del conocimiento sin adentrarme en los múltiples problemas que surgen de la sola formulación. La tarea de la teoría del conocimiento, llamada epistemología (del griego *episteme*, comprensión, conocimiento y *logos*, tratado) desde los clásicos, es precisamente abordar estos problemas. La epistemología ha sido recientemente alcanzada por una nueva y vigorosa interdisciplina que promete impulsar el estudio y la comprensión del conocimiento por un camino más científico y más amplio. La

• Díaz, J. L. (1997) *Conocimiento y método: los vértices del juego* en *El ábaco, la lira y la rosa. Las regiones del conocimiento*. Colección La ciencia para Todos. Fondo de Cultura Económica. México. pp. 17-40

moderna ciencia cognitiva es una síntesis de la inteligencia artificial, la filosofía de la mente, las neurociencias, la lingüística y la psicología cognitiva que ha retomado a la epistemología desde un punto de vista empírico y ha dado una nueva ruta a su larga indagación. A esta prometedora transdisciplina corresponde ahora abordar las dificultades tradicionales de la epistemología. Veamos algunas de ellas.

El primer problema de la epistemología se refiere a la posibilidad misma de conocer y puede parecer a primera vista espurio, dado que, sin lugar a dudas, todos captamos objetos y nos relacionamos con ellos. Sin embargo, un análisis superficial empieza a descubrir las dificultades. Sabemos que captamos los objetos por la percepción, la imaginación o el pensamiento, pero sabemos también que éstos son falibles y, en el mejor caso, parciales. Sabemos también que lo que captamos de los objetos es indirecto, aspectos o fenómenos y no esencias o naturalezas. Con todo esto la pregunta de la posibilidad de conocer es legítima, tanto así que muchos pensadores llamados escépticos, niegan tal posibilidad. Según ellos, como todo conocimiento es limitado y subjetivo, es decir, individual y variable, no puede haber conocimiento verdadero.

En los filósofos llamados positivistas y en los que se denominan agnósticos hay un escepticismo que se refiere a la posibilidad de conocer entes metafísicos, como Dios, el ser, el absoluto o el alma, pero, en cambio, afirman la verdad de la ciencia, del saber intersubjetivo, lo cual es garantía de objetividad. Para muchos otros existe una limitación en la validez del conocimiento en el sentido de que toda verdad es relativa, por ejemplo, a una cultura o a una época histórica determinadas. Vemos fácilmente que todas estas son formas atenuadas de escepticismo. Hay, desde luego, una actitud más firme en lo que se refiere a la posibilidad del conocimiento: la posición crítica promulgada por Immanuel Kant (1724-1804) y que examina cada afirmación para establecer sus justificaciones particulares de veracidad.

En relación con el origen del conocimiento se han planteado, desde los primeros filósofos hasta nuestros días, dos posibilidades: o bien el conocimiento surge de los sentidos y de la experiencia o bien del pensamiento y la razón. La doctrina que enfatiza el papel del pensamiento y la razón se denomina racionalismo. Es una doctrina convincente: sólo la razón tiene la capacidad de juzgar la validez de un concepto, incluso sin el recurso de los sentidos. Si digo "todos los cuerpos tienen peso" no necesito pesar todas las cosas, la razón me dice que esto es así. Resulta significativo que muchos de los racionalistas más destacados, como Descartes y Leibniz, hayan sido matemáticos, ya que la matemática es fundamentalmente conceptual y muchas de sus verdades y de sus pruebas son abstractas. Pero frente a los racionalistas se ubican otros pensadores no menos formidables: los empiristas. Para éstos el conocimiento surge de la experiencia; en último término de los sentidos que proporcionan información sobre el mundo, la cual es, posteriormente, reconstruida por la razón. Y a diferencia de los racionalistas matemáticos de Alemania y Francia, muchos de los empiristas clásicos han provenido de Inglaterra y de las ciencias naturales, como otro de los grandes pioneros de la epistemología moderna, John Locke, que era médico.

Hay dos intentos de integrar estas dos posiciones aparentemente irreconciliables. El primero dice, con Aristóteles y Tomás de Aquino, que la experiencia sensorial y el

pensamiento juntos forman el conocimiento. El segundo, más audaz, afirma que el conocimiento tiene elementos previos a la experiencia.

El proponente de esta idea es también Kant, para quien la materia (es decir, el contenido) del conocimiento procede de la experiencia, pero la forma (es decir, la estructura) de la razón. A estas formas pertenecen las categorías más generales, como espacio, tiempo, materia o causa. Estas nociones serían, de alguna manera, innatas, propiedades, diríamos hoy, codificadas en el sistema nervioso. Es interesante mencionar que la doctrina de Kant ha recibido respaldo empírico en los estudios del ginebrino Jean Piaget sobre el desarrollo del intelecto en los niños. Kant hizo también el papel de mediador entre los realistas y los idealistas al proponer que los objetos existen, pero que de ellos no captamos su esencia sino su apariencia.

Con todo esto, la menuda figura de este legendario profesor de Königsberg se erige como una de las piezas clave en la historia de la epistemología.

La doctrina de Kant nos indicaría que la relación entre sujeto y objeto que denominamos conocimiento es una unidad dinámica con dos polos. Por un lado el objeto determina la representación del sujeto: es algo real que es reconstruido por éste. Por otro lado están la conciencia y la razón que caracterizan al sujeto y que de una manera activa establecen y producen la imagen o representación del objeto. Vemos entonces que una clave fundamental del conocimiento está en el concepto de representación, el cual también entraña obstáculos espinosos, como veremos repetidamente a partir de lo que sigue.

LA UBICUIDAD DE LA INTELIGENCIA

La evolución de la vida sobre el planeta es, esencialmente, un proceso de ganancia de conocimiento. La cognición o el conocimiento en su acepción más amplia que va desde el paramecio que evade un obstáculo hasta la última fórmula sobre las fuerzas subatómicas es una función vital en el sentido estricto del término: algo necesario para la vida. En vista de esto no es de extrañar que varias teorías del conocimiento sean de tipo evolutivo, es decir, que la cognición, como cualquier otra función vital, deba de haber sido seleccionada durante la evolución por su valor adaptativo. En este sentido está implícito que el conocimiento presupone una imagen adecuada del mundo, la cual le permite al organismo actuar sobre el medio de forma eficiente y sobrevivir. Debería entonces existir una correspondencia entre los objetos del entorno y las estructuras cognitivas del organismo, a veces llamadas significativamente "mapas" o "representaciones".

A pesar de que esta idea se antoja evidente ha sido repetidamente criticada, pues el organismo aparece en este sentido totalmente pasivo y separado del medio ambiente. Por el contrario, sabemos que todo organismo vivo es, por definición, activo, que conforma una unidad dinámica con su entorno y que la evolución opera en todos los niveles y no se detiene en el individuo. Por ejemplo, existe una evolución del interior del organismo que favorece ciertas estructuras y funciones más eficientes sobre otras. Los cambios evolutivos no son sólo movimientos de poblaciones sino también transformaciones genéticas que resultan en nuevas estructuras y funciones capaces de contender mejor con el medio. Los organismos vivos son sistemas de órganos y

sistemas jerarquizados (sometidos a modulación y control por otros), autorregulados (capaces de modularse a sí mismos) y autopotéticos (que se reproducen). Por lo tanto, su evolución no sólo está determinada desde fuera por las presiones del cambiante medio, sino que está también dirigida y limitada desde dentro.

En este caso, y en vista de que "conocimiento es "vida", se sigue que la representación no es simplemente una imagen del mundo, sino una reconstrucción del propio organismo. Con esto no quiero decir que el organismo inventa al mundo sino que lo reconstruye activamente y que, como hemos confirmado desde Kant, está predestinado con esquemas para reconstruirlo. En apoyo a esto recordemos que ningún organismo percibe el mundo de manera absoluta, sino que tiene un acceso restringido a partes del entorno y sus objetos, según sus aparatos sensoriales, su historia y su perspectiva. Consideremos simplemente las diferencias que deben existir entre la visión que varios animales de distintas especies pueden adquirir de un mismo lugar. Ninguno de ellos tiene la "verdad" o bien la poseen todos en la medida en que esa visión, sin duda parcial y restringida por muchas limitantes, les es útil para sobrevivir. Me detengo en este punto porque es crucial para entender lo que es el conocimiento. La imagen o representación del mundo que clásicamente se considera la esencia del conocimiento resulta que no es su parte medular, al menos cuando la representación se entiende como una especie de foto o de mapa del objeto almacenada pasivamente en alguna parte del cerebro. Por ejemplo, según la escuela chilena de Humberto Maturana y Francisco Varela, lo que define mejor al conocimiento no es la representación, sino la acción apropiada o, a mi entender, un esquema cambiante de representación-acción. Veamos ahora con más detalles por qué la conducta es parte intrínseca del conocimiento.

Muchas especies comparten el mismo nicho ambiental pero lo enfrentan con mecanismos conductuales enormemente distintos. La mejor manera de entender la cognición de esos organismos, algo que hasta hace poco parecía imposible de penetrar con las técnicas existentes, se hace mucho más accesible si consideramos que el análisis del comportamiento del organismo en referencia a su medio nos da una clave fundamental para evaluar lo que el organismo sabe de ese mundo. Éste sería el postulado central de una ciencia tan actual como la etología cognitiva, que pretende inferir la conciencia y el pensamiento animal mediante el análisis del comportamiento. Así podemos decir que si el conocimiento es vida, la conducta es conocimiento y, por lo tanto, la conducta es vida.

En este punto se presenta una diferencia sustancial con la concepción darwiniana clásica de la evolución, ya que no es simplemente la sobrevivencia o la muerte de los organismos lo que finalmente expresa si sus conocimientos son verdaderos o falsos, sino, específicamente, el éxito o el fracaso de sus actos. De esta manera, la conducta no puede ser considerada simplemente la salida de información o el efecto de la cognición del organismo sobre el medio, sino un mecanismo intermediario entre éste y su entorno. La conducta no es sólo acción sobre el medio. Muchos de los movimientos de los organismos están destinados a modular la percepción, es decir, a incrementar o reducir la entrada de información. Otros están destinados a modular estados internos, como las posturas que se adoptan para relajarse o para actuar. Así, la conducta es una función ejercida por el sistema musculoesquelético por medio de la cual el sistema nervioso se comunica, de ida y vuelta, con el mundo.

Lo que existe es una coevolución del organismo y el medio; en un sentido general, vemos que el organismo es un sistema, pero que también el medio ambiente lo es. En el caso de los seres humanos decimos que el medio ambiente es un sistema ecológico y social. Como todos los organismos, los seres humanos intercambiamos información con nuestro medio, lo cual produce una intensa interdependencia de elementos entre el medio y el organismo. De hecho, desde cierto punto de vista las fronteras se pierden y el organismo queda integrado en un organismo mayor que es el propio entorno, de la misma manera que nuestros órganos se acoplan funcionalmente para formar nuestro organismo. La evolución de los elementos de ese macroorganismo es mutua e interdependiente, o sea, es una coevolución. En este esquema queda claro que cualquier especie que destruya su medio se destruye a sí misma. Pero volvamos ahora al problema del conocimiento con esta perspectiva.

En esta concepción el conocimiento es una interacción entre el sujeto y su medio, que tiene lugar en la totalidad del organismo, no en una pequeña y misteriosa parte de su cerebro. Esto no implica que el cerebro no sea determinante en el conocimiento; sin duda alguna lo es (capítulo IX), y mucho se conoce sobre la neurología de la percepción, de la memoria o –bastante menos– de la imaginación y el significado. Pero, según esta concepción, es en el organismo íntegro, con todos sus órganos y flujos de información, incluidos sus mecanismos conductuales, donde reside el conocimiento. Aún más, se antoja incluso difícil localizar al conocimiento en el individuo íntegro, ya que mediante su conducta el conocimiento se imprime en el medio ambiente y lo modifica. De esta suerte podríamos decir que los ecosistemas, con sus complejos nichos ambientales y la intrincada red de información en la que están inmersos, son inteligentes, una sorprendente idea desarrollada, entre otros, por el antropólogo y psiquiatra sistemista Gregory Bateson.

LOS TIPOS DE CONOCIMIENTO

Recapitemos. El conocimiento es, en esencia, una relación que se establece entre un sujeto y un objeto por medio de la cual el sujeto desarrolla esquemas de representación-acción y, en consecuencia, una proposición adecuada sobre el objeto que, a su vez, modifica su acción y es modificada por ésta de manera adaptativa.

En esa relación intervienen de manera central un conjunto de datos por los cuales el sujeto considera que su saber es válido y una serie de creencias que sustentan sus conclusiones. Las creencias tienen que ver con la confiabilidad de la fuente de información que el sujeto usa para afirmar su conocimiento.

En el lenguaje corriente el sujeto expresa su conocimiento en frases del tipo "yo sé que tal y cual", siendo "tal y cual" una proposición como "yo sé que existe el monte Everest". Ahora bien, si analizamos las frases que tienen esta forma notaremos que los criterios de acceso y de veracidad que utiliza el sujeto son distintos.

Esto quiere decir que hay diversos tipos de conocimiento, lo cual es de importancia capital para determinar su validez y entender las formas de conocer.

Empecemos a deslindar los diversos tipos de conocimiento haciendo una síntesis de las ideas del finlandés Timo Airaksinen y el mexicano Luis Villoro. El primero es el

conocimiento perceptual. Si yo veo un monte a lo lejos puedo afirmar con gran convicción que el monte existe y tiene tales y cuales características. Es evidente que ya en este tipo elemental de conocimiento interviene algo más que la percepción. Hay elementos de la memoria que me permiten reconocer el objeto y, probablemente, elementos de la voluntad según los cuales ese monte me es significativo porque, por ejemplo, lo quiero escalar o lo debo eludir. A pesar de su notoria inmediatez y evidente claridad, el conocimiento perceptual no es totalmente certero.

Supongamos que alguien más no ve el monte. Esto me pone en un predicamento y debo usar nuevos criterios o datos para asegurarme de que yo o el otro tenemos la verdad. Quizás alguno tomó un alucinógeno, o estoy soñando, o el monte es un espejismo visible sólo desde mi perspectiva. En cambio, si el otro confirma mi percepción, el conocimiento adquiere mayor fuerza y ya no es solamente perceptual, es un conocimiento por consenso. Mientras más sean las confirmaciones de la existencia de ese monte, digamos dibujos o mapas, más seguro y completo es este conocimiento y, lo que es lo mismo, es más difícil refutarlo.

En muchas ciencias se usa el procedimiento que conocemos como acuerdo entre observadores" para certificar que un fenómeno sutil, como una conducta o un síntoma clínico es identificado por varios sujetos. En último análisis toda la ciencia se puede considerar un conocimiento por consenso. Un tercer tipo es el conocimiento aceptable y tiene que ver con la verosimilitud que le otorguemos a nuestras fuentes de información. Yo no he visto el monte Everest y, aun suponiendo que no conociera a nadie que lo hubiera visto, sé que existe y sé dónde está porque hay múltiples evidencias confiables que lo confirman. También tengo la seguridad de que existió una persona llamada Napoleón Bonaparte, aunque nadie vivo lo haya conocido, ni falta que hace. La documentación disponible es suficiente para darle una gran certeza a este conocimiento. Hay, sin embargo, objetos sobre los que cabe abrigar dudas, como los fantasmas, los OVNI o la existencia histórica de Robin Hood. Se necesitan datos más convincentes para aceptar su existencia, aunque algunos aleguen tener conocimiento perceptual de ellos. Es más, aun si yo mismo tuviera contacto perceptual con estos entes abrigaría las dudas inherentes al primer tipo de conocimiento.

Una categoría distinta de las tres anteriores es el conocimiento aprendido, que está constituido por las habilidades y las experiencias particulares de un sujeto adquiridas de acuerdo con sus vivencias. Conviene distinguir tres formas diferentes de este tipo de saber. La primera es el conocimiento operacional, que se refiere al "saber hacer", como saber abrocharse las agujetas, manejar un auto, operar una computadora o una nave espacial. Este es, se puede decir, un conocimiento conductual. El desarrollo de habilidades motoras y la adquisición de pericia son sus características particulares, aunque, desde luego, notamos que tiene elementos perceptuales y de consenso. Este tipo de conocimiento es general para las actividades humanas, desde la mecánica hasta la música, desde la ciencia hasta la agricultura, y constituye, según Piaget, la primera de las etapas de desarrollo intelectual en el niño que empieza a aprender a manipular cosas. El conocimiento operacional de una habilidad particular llega a su expresión más acabada en quienes llamamos peritos para las técnicas o virtuosos para las artes.

Hay otras formas de conocimiento que tienen que ver fundamentalmente con la memoria, más que con la percepción o la conducta. El saber muchos números telefónicos o retener datos históricos es un conocimiento almacenado, quizás el que normalmente identificamos al decir que alguien "tiene muchos conocimientos" y tiene su expresión más terminada en las personas que llamamos eruditos. La tercera forma de conocimiento aprendido es la más personal y tiene que ver con la experiencia única de cada quien en su relación con el mundo. Ciertas vivencias de nuestras relaciones interpersonales o con la naturaleza, algunas experiencias de la actividad laboral, profesional o de la cultura, ciertos episodios de dificultades o periodos de descubrimiento nos dejan una enseñanza de importancia capital para vivir, para discernir lo valioso, discriminar entre opciones diversas y elegir lo más adecuado. Éste es un conocimiento integral que abarca la esfera de la razón, de la emoción y la motriz; es un saber eminentemente práctico, el más difícil de refutar y el que más usamos para resolver nuestra existencia: es un conocimiento vivencial o disposicional, que llega a su máxima expresión en los ancianos y, particularmente, en las personas que llamamos sabios.

Ahora bien, a pesar de lo aparentemente disímulo de todos los tipos de conocimiento, hay elementos comunes que nos mantienen la noción general de conocer. Una persona adquiere la certeza de la veracidad de algo por medios directos, sean éstos la percepción, la confirmación de otros, las fuentes de información humana, la manipulación de un objeto, la afinación de un movimiento o la vivencia de una situación. La refutación de un conocimiento es también una experiencia directa. Es decir, el conocimiento se da siempre en un contexto y es este contexto la clave para que ocurra. El conocimiento surge de una relación de circunstancias, con lo cual confirmamos que es, por su naturaleza misma, ecológico.

Entonces, ¿en qué consiste la experiencia directa? El sujeto entra en una relación con un objeto en ciertas circunstancias y construye un esquema plástico de representación-acción. Insisto, la representación-acción no es una imagen pasiva, como una fotografía almacenada en un sitio cerebral, es una construcción, o mejor, una reconstrucción del objeto en la que entran de manera indisoluble tanto la situación circunstancial como el moldeamiento de su conducta. Todo esto, además, le justifica al sujeto la veracidad de proposiciones como: "yo se manejar", "yo sé que existe el monte Everest", "yo conozco París", "yo sé anatomía". Hay, en todos estos casos un compromiso de veracidad. Se dice entonces que el conocimiento es verdadero o no es conocimiento. Una creencia falsa no es conocimiento: es ignorancia.

Sin embargo, bien sabemos que la verdad, entendida por la epistemología clásica como la correspondencia entre la mente o el pensamiento y el objeto, por desgracia, nos elude constantemente. Ni siquiera la descripción más exhaustiva puede pretender constituirse en una verdad absoluta. Conocer sería más bien la búsqueda de respuestas a los enigmas que nos confrontan, búsqueda que se acompaña de la formación de esquemas continuamente perfectibles. En una palabra: conocer es un proceso de adquisición y uso de esquemas de representación-acción.

Ahora bien, además de los tipos de conocimiento existen tres aproximaciones distintas al saber, que se han ido separando a pesar de que en ellas se entremezclan todas las formas de conocimiento que hemos delineado. Me refiero a la ciencia, el arte y la

sabiduría. Es posible, aunque habría que establecerlo con cuidado, que en cada una de estas aproximaciones predominen unos tipos de conocimiento sobre otros, pero el privilegiar una sobre las demás y el mantenerlas rígidamente separadas no sólo ha sido una pérdida de recursos y potencialidades humanas invaluable, sino que es, como se puede advertir, conceptualmente un error. Hagamos a continuación un esbozo del conocimiento científico.

EL RECURSO DEL MÉTODO

Un joven estudiante polaco de visita en Italia en los albores del siglo XVI se impregnó de las traducciones de los eruditos árabes y de la tradición hermética, las cuales, a diferencia del cristianismo medieval, daban al hombre un papel central en la creación, ya no sólo como criatura sino como creador en el sentido de que debería penetrar los misterios de la naturaleza para utilizarla. El estudiante, de nombre Nicolás Copérnico, regresó a Polonia con la idea de actualizar el sistema astronómico de Ptolomeo que aún regía desde hacía milenios. El resultado de sus estudios se publicó en el año de su muerte (*De revolutionibus orbium coelestium*, 1543) y ahí demostró que era el Sol, y no la Tierra, el centro del cosmos. Cuando digo demostró quiero decir que justificó esta aseveración mediante observaciones y cálculos. Esta sola tarea hizo que apareciera en Europa un movimiento intelectual de consecuencias formidables: el surgimiento de un método particular de observación, demostración y conocimiento, el cual tenía una larga trayectoria en la ciencia islámica y que es una de las marcas del inicio de la Época Moderna. El método fue usado después por Galileo, quien, armado de un pequeño telescopio, anunció en 1632 que había montañas en la Luna, satélites alrededor de Júpiter, manchas en el Sol y que la Vía Láctea estaba constituida por incontables estrellas. Al mismo tiempo, en 1627, Kepler en Alemania demostró que las órbitas de los cuerpos celestes no eran circulares sino elípticas, se preguntó sobre la causa del movimiento de las esferas y propuso que la fuerza magnética emanada del Sol empujaba a los planetas en sus órbitas.

Con estas evidencias no sólo se tambaleó el mundo de Aristóteles en lo que se refiere a la idea del cosmos, sino que surgió durante el barroco una nueva filosofía natural definida en su esencia por la duda metódica. Correspondió a René Descartes, el gran filósofo de La Haya, Francia, sistematizar este programa en el Discurso del método aparecido en 1637. Con su esfuerzo se establecen varios requerimientos del conocimiento científico como lo conocemos hoy para aproximarse a la naturaleza: hay que estar armado con un sistema riguroso y justificado de análisis y con herramientas matemáticas para demostrar las aseveraciones.

De esta manera, en 1687 aparecen dos obras fundamentales de la ciencia con las que culmina el esfuerzo iniciado por Copérnico y se plasma el método cartesiano. Se trata de *Philosophiae Naturalis Principia Mathematica*, los Principios de Newton y *De humani corporis fabrica* de Andrés Vesalio. Dotado de uno de los genios matemáticos más sorprendentes de la historia, Newton logró producir sus tres leyes del movimiento y el principio de gravitación universal, con lo cual el mundo macroscópico parecía ajustarse a un sistema comprensible. La conformidad entre la observación y la predicción fue tomada como una evidencia de la veracidad de la teoría, otro requisito que se incorporó para siempre al método científico. En el camino Newton también

había utilizado el experimento, es decir, la intervención deliberada del investigador para confirmar sus predicciones.

Poco a poco se agregaron otros componentes al flamante método. Los filósofos naturales, como generalmente se conocía en el siglo XVII a los científicos, necesitaron asegurarse de que los descubrimientos tuvieran confirmación independiente. Ni siquiera Newton era digno de crédito absoluto y el conocimiento por consenso se volvió la piedra de toque de la objetividad. Por esta razón surgieron sociedades científicas en Italia, Inglaterra y Francia. Los científicos tenían entonces un foro donde reunirse, discutir y examinar descubrimientos y teorías. Para cristalizar y formalizar estas discusiones las sociedades empezaron a publicar revistas y libros. Algunas de ellas continúan apareciendo, como las Memorias de la Academia de Ciencias de París. El ideal de la ciencia fue entonces la corroboración y comprensión universales de los descubrimientos y teorías.

Con todo esto, en el siglo XVII habían nacido y madurado los componentes de observación acuciosa y exacta, de intervención experimental, de demostración lógica y matemática de los postulados y de confirmación independiente característicos del método científico. Poco más tarde se agregaría la necesidad de ordenar el mundo de información que explotaba en todas las direcciones. Los criterios para clasificar objetos se vieron como requerimientos necesarios para sistematizar, generalizar y unificar el lenguaje de la ciencia y se fueron haciendo cada vez menos arbitrarios. Al ordenarse y sistematizarse una porción del mundo surgieron ciencias particulares con sus métodos y sus especialistas. Es así que la introducción de un sistema racional para designar y clasificar a los seres vivos fue propuesto por el sueco Carl von Linne en 1753. Esta clasificación implicaba que existía un parentesco genético entre las especies, lo que condujo a Jean Baptiste Lamarck a sugerir hacia 1800 que las especies cambiaban y evolucionaban a través del tiempo, lo cual fue debidamente demostrado por Charles Darwin, aunque el mecanismo que éste propuso era opuesto al pensado por el francés. Dentro de la misma tendencia, los elementos atómicos fueron arreglados de acuerdo con sus pesos y reacciones en una tabla periódica por Dimitri Mendeleiev hacia 1870. Y también esta taxonomía tuvo aplicaciones inmediatas al facilitar la comprensión de las propiedades físicas y químicas de los átomos de acuerdo con su lugar en la tabla y predecir la existencia de otros aún desconocidos y que vendrían a ocupar sitios por el momento vacíos.

Un aspecto más del método científico que lo afirmó en el siglo pasado como un elemento fundamental de la cultura fue su conexión con la economía mediante la producción de artefactos. La tecnología, que había precedido a la ciencia por milenios, recibió un impulso decidido a partir de la Revolución Industrial, cuando la observación y la experimentación sistemáticas se incorporaron a la industria. Así, la metalurgia se desarrolló a partir de las aleaciones producidas por la física, la industria de los colorantes se benefició de la química, y la electricidad y el magnetismo, que habían sido analizados cuidadosamente por los científicos, fueron controlados y utilizados en dinamos o motores. A la inversa, el análisis científico del motor engendra a la termodinámica, una de las teorías físicas de mayor influencia en el siglo XX. A su vez, los nuevos instrumentos ensancharon el horizonte de los científicos y los impulsaron a continuar la indagación sobre mundos cada vez más lejanos o cada vez más pequeños.

De esta manera el método científico fue modificándose con el tiempo hasta erigirse en un recurso depurado y particular para obtener conocimiento. Su propio devenir nos recuerda que es un producto histórico con debilidades y fortalezas, con fundamentos sólidos que no sólo cambian con las más trepidantes revoluciones sino que tiene manifestaciones un tanto diversas para cada disciplina y cada época.

LAS REGLAS DEL JUEGO

El método científico vigente es el conjunto de procedimientos aceptados que se usan en la investigación para resolver un problema o explorar un enigma. Los pasos usuales de tal método son la selección del problema, la elaboración de la hipótesis, el procedimiento para obtener los datos, y la interpretación de los resultados. Esta separación del procedimiento se manifiesta en el resultado final de la investigación, que queda plasmado en el artículo científico. Los dos primeros estadios se elaboran conjuntamente en una sección que se titula "Introducción", el procedimiento se explica en una sección de "Material y métodos" en la que se puntualizan los sujetos, objetos y técnicas usadas, en tanto que en otra de "Resultados" se manifiestan de manera sistemática los datos obtenidos. Finalmente, la interpretación de los resultados constituye la "Discusión". De esta manera el artículo científico, como la obra del artista, es la expresión concreta y pública del quehacer del investigador y contiene los elementos con los que podemos juzgar el método, la teoría y el contexto teórico, metodológico y social en el que se elabora el trabajo.

El planteamiento del problema es la manifestación de una poderosa tendencia a la exploración que caracteriza a todas las especies animales. La actitud inquisitiva y la curiosidad son atributos indispensables de los seres vivos para reconocer y adaptarse al medio ambiente. En la ciencia esto se manifiesta en un territorio que está más o menos explorado y en una frontera más allá de la cual está lo ignoto. El avance de esa frontera del conocimiento es paulatina, aunque hay exploradores extraordinarios que hacen penetraciones profundas en la región del misterio.

La selección que hace un investigador de la incógnita que ha de abordar es un paso determinante en su quehacer. En tal selección deberá ponderar la trivialidad contra la profundidad de la pregunta, a sabiendas de que la primera es de más fácil solución pero menos trascendental que la última. Ahora bien, aunque la libertad de selección es supuestamente infinita, el científico está restringido por su entrenamiento, su información previa, sus recursos materiales e intelectuales y la tendencia de su escuela y grupo de trabajo.

En cualquier caso, una vez seleccionado el problema, el investigador ha de formularlo con toda precisión, lo cual implica que esté familiarizado con la bibliografía científica existente sobre el caso (que significativamente se le llama literatura en los círculos de ciencia) y que tenga una clara percepción de dónde se encuentra la frontera, de cuál es exactamente la incógnita y, en particular, de cuáles son sus probabilidades reales de resolverla según sus medios intelectuales y físicos.

Una vez seleccionada la incógnita el científico aventura una respuesta posible, es decir, una conjetura. A esa conjetura se le llama hipótesis y, para ser adecuada, deberá estar cuidadosamente fundamentada. Se trata de una especulación en la que

intervienen la intuición, la inducción y la deducción, como muchas hipótesis que hacemos en la vida diaria, pero la hipótesis científica ha de ser precisa, sólida, verosímil y, sobre todo, contrastable, es decir, probable o refutable por la observación o el experimento. Las hipótesis son así guías que resumen, interpretan y justifican la labor del científico.

Con base en el planteamiento del problema y la naturaleza de la hipótesis el investigador realiza un diseño y un proyecto, toma decisiones específicas sobre los objetos o individuos que ha de usar, las variables que debe controlar y las técnicas que aplicará para poner su hipótesis a prueba. Hasta este momento el investigador no ha hecho operación alguna que no sea leer o escribir y sobre todo pensar e imaginar, pero si ha realizado estos procedimientos con cuidado, está listo para pasar a la observación, la piedra de toque de la ciencia práctica. La observación científica es un acto intencional (conscientemente dirigido), informado (enmarcado en conocimientos previos), selectivo (restringido a un aspecto de la naturaleza) e interpretativo (razonado y explicativo) que resulta en datos. Para obtener información se puede ir desde la lectura de textos, la descripción y clasificación sistemáticas, hasta la medición por conteo directo o mediante instrumentos de objetos o eventos. La intervención controlada que constituye un experimento es una forma elaborada de observación en la cual varios grupos homogéneos de individuos se usan para que, en algunos de ellos, llamados experimentales, se aplique un estímulo y se compare sus rendimientos contra los grupos no estimulados que se denominan controles. Los resultados de la observación son entonces datos objetivos en el sentido de que son públicos, porque cualquier otro observador deberá obtenerlos si reproduce el procedimiento. Y, sin embargo, los datos no son más que el resultado crudo de la observación y tienen poco valor por sí mismos. Para hacerlos valiosos el investigador tiene que elaborarlos y ponderarlos, es decir, elige los que fueron obtenidos en las mejores condiciones, identifica los que son significativos mediante procedimientos estadísticos y los sistematiza, con lo cual hace posible su presentación en citas, tablas o gráficas. Sólo entonces los datos son auténticos resultados.

Finalmente, el científico deberá hacer una interpretación de sus resultados, es decir, deberá mostrar si son evidencias a favor o en contra de la hipótesis, si prueban, confirman o refutan otras hipótesis o teorías, si son consistentes o no con resultados obtenidos por procedimientos similares o diferentes. Pero, más aún, deberá decir por qué éste es el caso; es decir, deberá darles una explicación. Para conseguirlo deberá ir de lo particular a lo general y hacer deducciones sobre sus resultados refiriéndose a otros dominios de la ciencia y utilizando operaciones lógicas elementales. En muchas ocasiones, con los datos y los resultados se produce un modelo, una simulación del objeto de estudio que permite comprenderlo mejor. Con todo esto el investigador hace predicciones y adelanta posibilidades, plantea los nuevos problemas que sus resultados implican, atisba nuevas incógnitas para empujar la frontera de lo conocido y así seguir penetrando en la oscuridad de lo ignorado.

El método es universal, porque se aplica, aunque con diferencias importantes de forma, en todas las ciencias y en todas partes, pero es cambiante, como lo demuestran las grandes diferencias entre artículos científicos de épocas incluso cercanas; es humilde porque no puede aplicarse a todas las cuestiones, pero es penetrante. Por último, no todo depende de la aplicación adecuada de la receta ni de

las facilidades técnicas que se tengan, sino del propio investigador, de su preparación, habilidad, experiencia y especialmente de un factor misterioso e imponderable: su creatividad. La receta en este caso es más elaborada y menos precisa. Veamos algunos ingredientes: concebir nuevas ideas, seleccionar con prudente audacia, diseñar con imaginación, observar en detalle y con desapego, proceder con destreza y sagacidad, notar la oportunidad, conocer la relevancia, intuir el significado. Mézclense y aplíquense estos factores al método descrito. Descubrimiento garantizado.

EL JUGUETE DE LA CIENCIA Y EL TEATRO DEL MUNDO

Pocas son las palabras técnicas de uso común para todas las ciencias. La más ubicua y frecuente de todas ellas es modelo. En efecto, si revisamos los títulos de los artículos científicos en las revistas internacionales especializadas encontraremos que esta palabra es de las más usuales. Esto lo sabemos porque existe un índice semanal de los contenidos de las revistas científicas (el Current Contents) que usamos para localizar y solicitar los artículos de interés. Al final de cada número de este índice aparecen ordenadas alfabéticamente las palabras técnicas de los títulos, con lo cual se facilita la búsqueda. En los números correspondientes a las ciencias biológicas las palabras más frecuentes en los títulos son "rata", "humano", "célula", "ratón", "proteína", "gene" y "modelo", mientras que en los números que tratan a las ciencias sociales y de la conducta, las palabras más usadas son "niño", "economía", "trabajo", "política", "mujer" y "modelo."

Vemos que los términos reflejan el objeto sobre el que se realizó el estudio, aunque no su objetivo, que está indicado por el título entero. Notoriamente la palabra modelo es el término teórico de mayor uso en las ciencias más diversas. Y es que el modelar es una parte fundamental del procedimiento que utilizan todos los investigadores, independientemente de que sean teóricos, experimentales, observacionales o taxónomos.

Y bien, ¿qué es el modelo en la ciencia?. En su sentido más general la palabra modelo indica un prototipo que contiene los rasgos distintivos de un objeto que deseamos entender. Cuando decimos "el cobre" no hablamos de este o aquel pedazo de metal, hablamos del prototipo, de aquello que es propiedad general del cobre, independientemente de su carácter particular. Hablamos, prácticamente, del arquetipo, del cobre de todos los cobres. Esta función de prototipo es común a todos los usos de la palabra modelo. Así, en el arte, el modelo es el objeto para ser copiado y en la ciencia, a la inversa, el modelo es la copia del objeto. Es decir, en la ciencia el modelo es una simulación, una metáfora que nos ayuda a entender esa parte del mundo que es el objeto de nuestra curiosidad. El modelo es, con toda precisión, un juguete que el investigador usa de manera análoga al niño que manipula un cochecito. Es por medio de la manipulación que el niño y el científico adquieren información y comprensión del objeto y sus propiedades. Sucede entonces que el juego y el modelo son un campo dinámico de representación, un teatro del mundo. Y, como el niño en sus momentos más creativos, el investigador debe producir su juguete y éste, si es una representación adecuada, tendrá un valor general.

Veamos ahora cuáles son los elementos que componen un modelo científico. Hay cuatro sistemas que se ponen en juego. El primero es, desde luego, el objeto, aquella

estructura o fenómeno que nos interesa estudiar y que puede ser una estrella, un electrón, un rayo, la circulación de la sangre, una revolución popular, la memoria o cualquier sector del mundo sobre el que podamos obtener datos. Tales datos deben ser observables, es decir, necesitamos un tipo de información sobre el objeto que pueda ser corroborada por otros, lo cual es la condición empírica –que no empirista– de la ciencia. Con esos datos se configura una percepción del objeto, la imagen resultante de la experiencia, que incluye fundamental, pero no exclusivamente, elementos sensoriales. Tal percepción es una imagen parcial, porque no es posible obtener una información completa de un objeto, así sea una mesa que podemos ver, tocar, oler y explorar con instrumentos. Además, sabemos también que la percepción no es comparable a una película virgen sobre la que se inscribe una imagen. La percepción esta condicionada en mayor o menor grado.

En cualquier caso, con los datos de la percepción, de la memoria y de otras operaciones cognoscitivas se construye una representación del objeto, un sistema de imágenes, ideas o juicios que integran efectivamente su representación, es decir, la construcción de esquemas dinámicos indisolublemente ligados a la teoría y al acto. En un siguiente paso el científico produce una serie de acciones que desembocan en la fabricación de un artefacto a partir de su representación. Tal artefacto es la maqueta o el juguete que le permite realizar una labor particularmente satisfactoria, el juego favorito de muchos investigadores: la contrastación, es decir, la comparación entre su artefacto y el objeto original. El juego es dinámico y el juguete nunca estará acabado: hay que corregirlo continuamente. Un científico creativo se distingue entre otras cosas por su capacidad para generar modelos interesantes. Es un maestro del juego: el Magister Ludi en la afortunada definición de El juego de los abalorios de Hermann Hesse.

Ahora bien, los artefactos (en el sentido de modelos y no de instrumentos) que produce la ciencia toman muchas formas. Los más elementales son los modelos concretos que tratan de reproducir a escala las características del objeto. Un mapa es un modelo, como lo es una maqueta. Producimos otros modelos concretos en sistemas ya existentes y los usamos para hacer analogías; se trata de modelos experimentales. En este caso se inducen, por ejemplo, ciertos padecimientos en animales que permiten entender la misma enfermedad en el ser humano, pero teniendo un control mucho más riguroso y con una base ética, si bien debatible, más justificable. Gracias a esos modelos ha sido posible entender varios padecimientos y disminuir el sufrimiento humano asociado a ellos. Por otro lado se emplean profusamente modelos figurativos: diagramas, esquemas o formas que intentan representar sistemas y fenómenos. El dibujo del átomo como un minúsculo sistema solar, las cartas de parentesco, las fórmulas químicas y muchos más casos son modelos de este tipo que frecuentemente se difunden en la población general por su intenso valor educativo y de comprensión. Finalmente están los modelos más depurados y abstractos: los conceptuales y los matemáticos. A partir de Descartes, la mayoría de los científicos consideran a estos modelos los más "formales", ya que están elaborados en el lenguaje más universal de la ciencia.

Consideren ahora que una descripción como ésta puede ser aplicada también, con ajustes, desde luego, a la cultura en general. En esencia la cultura es un sistema de conceptos, valores y representaciones común a un conjunto humano que se manifiesta

por la producción de artefactos (construcciones, obras de arte, utensilios) y se transmite por medio del conocimiento. El procedimiento más común, el más justificado y el más peligroso de la arqueología es precisamente el de inferir la representación general del mundo que tuvieron grupos de personas extintas, a partir de las cosas que produjeron.

La ciencia y el modelo científico constituyen una parte esencial de la cultura, y la peculiar representación del mundo que tiene la ciencia puede ser inferida de los modelos.

UN CASO EJEMPLAR: LA NATURALEZA DE LA HERENCIA

La ciencia es una aventura en el sentido estricto del término: implica la participación de exploradores, el reconocimiento sucesivo de terrenos ignotos, la acumulación de experiencias extraordinarias, la construcción y demolición de teorías, la aplicación de audacia y de ingenio. Como muestra de ello voy a contar de manera muy resumida una de las películas de aventuras más espectaculares de la filmoteca de la ciencia: la que trata sobre la herencia.

La primera hipótesis que conocemos sobre la manera como se heredan los caracteres físicos es de Hipócrates y se conoce con el nombre de pangénesis. La hipótesis asume que cada parte del cuerpo produce "semillas" que son transmitidas a la descendencia durante la concepción. Un siglo más tarde, y haciendo gala de su depurada lógica, Aristóteles hizo preguntas demoledoras para esta hipótesis. Si los hijos se parecen a los padres, no sólo en sus rasgos físicos sino en la voz o en la manera de caminar, ¿cómo es que estos factores no estructurales podrían originar el material de la simiente? El estagirita también notó que los niños pueden parecerse ya no a los padres sino a los abuelos, con lo cual la sustancia de la simiente debería pasar a través de generaciones. Con estas observaciones quedó rechazada la pangénesis, pero se abrieron nuevas incógnitas: ¿cuál es el factor que pasa a través de generaciones y reproduce tanto caracteres físicos como funcionales y conductuales?

El asunto no se retoma hasta veinte siglos después con el advenimiento del microscopio y el trascendental descubrimiento de que todos los seres vivos están constituidos por células. Inmerso en la multifacética cultura del barroco, en 1667 Leeuwenhoek informó a la Real Sociedad de Londres que el semen contenía pequeñas criaturas. Pronto se demostró que estos "animales del esperma" (espermatozoides) penetraban el óvulo durante la fertilización. En ese momento se generalizó la idea de que deberían existir gametos transmisores de la información heredada y que éstos deberían estar contenidos en estas células sexuales.

Nueva incógnita: ¿en qué consisten los gametos y de qué manera están incluidos en las células? Por esa época cundió la hipótesis equivocada del homúnculo, es decir, la idea de que un ser humano diminuto habitaba la cabeza del espermatozoide y se desarrollaba en el útero. Una hipótesis, como todas las de la ciencia, hija de su tiempo.

El origen de las células fue un asunto polémico. Schwann, uno de los padres de la citología, pensaba que las células se construían por partes. Sin embargo, nuevas

observaciones revelaron que las células se dividían y Rudolf Virchow en 1855 acuñó la ley de que *omnis cellula e cellula* ("toda célula proviene de célula"). En 1873 A. Schneider detalló los cambios que ocurren en la célula cuando ésta se divide. El núcleo es el protagonista de una vistosa danza de elementos celulares que culmina en su partición o mitosis. Durante el proceso aparecen corpúsculos coloreados o cromosomas que muchos tomaron inicialmente por artefactos.

Sin embargo, los cromosomas surgieron como los posibles elementos físicos de la herencia, especialmente al notarse que su número era constante para cada especie. La incógnita se reformuló: ¿qué hay en los cromosomas que transmita la información genética de células madres a las células hijas? Por la misma época la teoría de Darwin del surgimiento de especies nuevas por selección natural dependía totalmente de una fuente constante de variantes genéticas que se transmiten de generación en generación y sobre las que podía actuar la selección. ¿Cómo y dónde estarían esas variantes genéticas?

Estas preguntas impulsaron una investigación ya diferenciada, pero no fue sino hasta el año de 1900 cuando podemos decir que nace la genética como ciencia. Fue un parto retardado y lo precipitó la revaloración de un artículo basado en las conferencias que diera un monje agustino muerto quince años atrás y que fueran publicadas sin ninguna trascendencia inmediata en 1865. El monje se llamaba Gregorio Mendel y el trabajo versaba sobre experimentos en la producción de híbridos de chícharos de color amarillo o verde y de superficies lisas ó rugosas, realizados en la huerta de su monasterio. Mendel encontró que los híbridos de estas variedades tenían el carácter de uno solo de los padres. A ese carácter le llamó dominante y al que no aparecía recesivo. Mayor sorpresa le causó encontrar en la generación siguiente la aparición de los caracteres recesivos en una proporción constante que sugería dos leyes de la herencia: la primera tiene que ver con la segregación de las unidades dominante (D) y recesiva (r) y su probabilidad de aparición de 3 a 1 en la descendencia; en la segunda se infiere que cada gameto contiene un par de unidades (DD, Dr, rD y rr).

En 1902 Walter Sutton logró unir dos ramas, la genética y la citología, cuando el joven de 25 años demostró que las unidades hereditarias de Mendel —los llamados genes desde entonces— eran partes de los cromosomas. Simultáneamente, E. B. Wilson encontró que sólo dos de los cromosomas (los X y Y) eran responsables del sexo del producto, lo cual, además, confirmaba que los caracteres externos eran transmitidos por los cromosomas. En el mismo pasillo del laboratorio de Wilson de la Universidad de Columbia estaba el de Thomas Morgan, al cual llamaban "el cuarto de las moscas". Morgan analizaba algunos aspectos de la herencia de caracteres físicos en las pequeñas moscas de la fruta (*Drosophila melanogaster*), que se reproducían en grandes números y a gran velocidad, con lo cual podía observar y experimentar sobre la herencia rápidamente y con mínimo subsidio. Para 1915 Morgan tenía datos sobre la herencia de 85 genes distintos y evidencias posteriores apuntaron a que cada gene ocupaba un lugar definido del cromosoma: el locus. Nueva pregunta: ¿qué son y cómo operan los genes? Para responderla se empezaron a usar organismos aún más simples, como el hongo rojo del pan (*Neurospora crassa*), cuyo cultivo sólo requería pequeñas cajas de vidrio dotadas de un medio nutricio apropiado. En este momento estaba ya claro que los genes deberían ser grandes moléculas químicas que producían otras moléculas encargadas de conformar y hacer funcionar a las células. La carrera por

encontrar la molécula de la herencia se aceleró en los años cuarenta. En 1944 Avery, MacLeod y McCarty purificaron una enorme molécula, el ácido desoxirribonucleico (ADN), a la cual consideraron responsable de la codificación genética. Los detalles de cómo ésta molécula podría dividirse en dos durante la mitosis forman parte de una de las aventuras más espectaculares de la ciencia del siglo XX que culminó en un trabajo teórico de una página sobre la estructura molecular del ADN realizado por Watson y Crick y publicado en 1954. Con este trabajo quedaba mejor explicada la base física de la herencia y nacía la biología molecular con la formidable incógnita de cómo está codificada y de qué manera se expresa la información del ADN para dar origen a los caracteres físicos heredados. Está en curso la culminación de la biología molecular con el proyecto del genoma humano, el cual, una vez completado a finales del siglo, habrá identificado la estructura molecular exacta de los 100 000 genes de nuestra especie.

Este apretado resumen nos ilustra el hecho incontrovertible del progreso del conocimiento en la ciencia. Examinaré en su momento la controversia respecto a las características de tal proceso.

LECTURAS

- Airaksinen, T. (1978), "Five types of knowledge", *American Philosophical Quarterly* 15, pp. 263-274.
- Arrillaga Torrens, R. (1987), *La naturaleza del conocer*, Paidós, Buenos Aires.
- Bronowski, J. (1979/1981), *Los orígenes del conocimiento la imaginación*, Gedisa, Barcelona.
- Bunge, M. (1981), *La ciencia, su método y su filosofía*, Siglo Veinte, Buenos Aires.
- Hessen, J. (1940/1989), *Teoría del conocimiento*, vigésimo segunda edición, Espasa Calpe, México.
- Moore, J. A. (1986), *Science as a way of knowing—Genetics*, Education Committee of the American Society of Zoologists, pp. 583-748.
- Varela, F. J. (1990), *Conocer*, Gedisa, Barcelona.
- Villoro, L. (1982), *Creer, saber y conocer*, Siglo Veintiuno, México.
- Wuketits, F.M. (1991), "Life, cognition, and "intraorganismic selection", *Journal of Social and Biological Structures* 14, pp. 184-189.

¿INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA O INVESTIGACIÓN EN SALUD?♦

Mi intervención se va a centrar en el desarrollo de la idea de que los enfermeros no deben restringir el área de trabajo investigador al campo de los cuidados. La razón es sencilla: no creo que existan problemas de investigación específicos de las enfermeras (salvo aquellos de aspecto laboral), sino que existen problemas de investigación en salud y que pueden ser abordados desde diferentes perspectivas.

Afortunadamente ya no estamos discutiendo sobre la necesidad de que los enfermeros investiguen, sino sobre cuál es el ámbito más apropiado de dicha investigación. Desde el año 1987 el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), como principal agencia pública financiadora de la Investigación en Salud, incluye a los enfermeros como investigadores. También el Consejo de Europa, en 1994, acordó proponer a todos los estados miembros un conjunto de iniciativas para impulsar la investigación de este colectivo.

La investigación de Enfermería proporciona una serie de beneficios indudables, tanto de tipo social (mejora de la imagen y prestigio social de la enfermera), como profesional (incremento de la capacitación profesional, desarrollo de una actitud crítica frente a los problemas y soluciones sanitarios con capacidad para dudar y preguntar) y personal (satisfacción). Sin embargo, pocos profesionales sanitarios dedican parte de sus energías a la investigación.

Si entendemos como investigación un proceso de búsqueda y generación de conocimientos que den respuesta a preguntas derivadas de la actividad diaria, entiendo que tan sólo existen dos límites a la investigación en Enfermería:

1. La propia ambición, capacidad e inteligencia del investigador
2. La necesidad de que la investigación se base en el método científico

Las preguntas de investigación surgirán del trabajo y la actividad diaria. El ámbito de investigación debe estar centrado, por tanto, en el entorno que nos rodea, aquel en el que realizamos nuestro desarrollo profesional: en cuidados, en docencia, en evaluación de servicios. Como profesionales tenemos la obligación de comprobar que nuestra práctica (clínica, de salud pública, epidemiológica, administrativa o docente) se basa en evidencias y no en repetición de tradiciones. Estos problemas a los que nos enfrentamos en nuestra práctica han de tener una mejor respuesta cuando el investigador, es decir el responsable de dar respuesta a las cuestiones planteadas, es un grupo multidisciplinar.

Pondré un ejemplo. Los pacientes con sida que adquieren una tuberculosis frecuentemente no presentan reactividad frente a la prueba de la tuberculina. ¿La serología con ELISA puede ayudar en el diagnóstico precoz de la TBC? Pintaré lo que

♦ Ramalle E. *¿Investigación en enfermería o investigación en salud? De la teoría a la práctica del cuidado* En Libro de Ponencias. II Congreso Nacional de Enfermería Comunitaria. Arnedo y Arnedillo 27, 28 de febrero y 1º de marzo de 1997. Valencia, España pp 77-78 [Consulta octubre, 2002] www.enfermeriacomunitaria.org/actividades/IICongreso/IIcongreso.pdf

ahora se llama un escenario futuro. Me imagino a un grupo de investigadores compuesto por un neumólogo, que diagnosticará la TBC, un internista, que diagnosticará el sida, un analista que realizará la serología y no quiero imaginar a una enfermera cuyo único trabajo en el grupo investigador es extraer la sangre, sino a una enfermera que se ocupará de poner a punto la prueba de la tuberculina, de consensuar la técnica entre las enfermeras que realizarán la prueba y su lectura, basadas en los mismos criterios y con un entrenamiento similar. Y me imagino, previo a todo esto, a todo el grupo discutiendo el diseño del estudio.

También es fácil imaginar a una enfermera que quiera conocer si el deterioro cognitivo en ancianos está asociado con la aparición de úlceras por presión (UPP). Su idea es que si es cierta esta asociación, se podrían establecer medidas especiales e prevención a partir de un determinado grado de deterioro cognitivo. Ella podría liderar un proyecto en el que también hubiera geriatras y trabajadores sociales. Igualmente un programa de intervención para mejorar la cobertura de vacunación en niños gitanos funcionaría mejor si fuera diseñado por enfermeras, pedagogos, maestros y trabajadores sociales.

En mi opinión, la investigación de Enfermería tendrá futuro si demostramos nuestra capacitación como investigadores, paralelamente a la de otros investigadores de ciencias de la salud. Si existe una investigación para enfermeras, tendremos poco que hacer. Debemos hacer investigación y de cuanta mayor calidad mejor.

En resumen, uno ha de investigar sobre aquello que conoce y no creo que, de antemano, se deban poner límites a los conocimientos de las enfermeras. Tampoco pensemos que investigar es cosa de los profesionales de la investigación o de los candidatos a premios Nóbel. Todo el mundo, con mayor o menor acierto, puede hacerlo. Tan sólo, como para cualquier otra actividad, se necesita conocer las reglas. Por último, seamos conscientes de que investigar es difícil y lo es para todo el mundo. Como me decía hace unos días un amigo estadounidense que ha vivido unos años en nuestro país, investigar en España es como torear en Australia: exótico.

PROPUESTAS PARA LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN⁺

A la luz de las publicaciones y las concepciones actuales de los cuidados enfermeros, parece que la formación contemporánea en cuidados enfermeros insiste en la adquisición de aptitudes intelectuales como el análisis, la resolución de problemas, el juicio y el pensamiento crítico, las actitudes, los valores y los principios fundamentales de los cuidados enfermeros, lo mismo que el dominio de los procesos de intervención, más que en la adquisición de hechos y de contenidos específicos. La enfermera que será convenientemente formar en el futuro sabrá aceptar las ambigüedades del moderno universo de los cuidados de la salud. Se trata de un universo complejo, un universo fértil en dilemas éticos y morales, en el cual no hay certezas ni soluciones fáciles y evidentes. No obstante, una sola certeza persiste: todo cambia simultáneamente. Transformación, complejidad y simultaneidad recurren a una sola capacidad de diferir, crear e inventar, de ahí la expresión *design* del cuidado.

INVESTIGACIÓN

Nuestra tradición en investigación es joven. Hacia la década de los años 50, las enfermeras americanas recibieron un soporte financiero importante para elaborar de manera tangible sus proyectos de investigación. Este período ha visto nacer institutos y centros de investigación, el número de enfermeras comprometidas en los estudios doctorales ha aumentado y la comunicación de los resultados de investigación ha alcanzado un progreso considerable. No es exagerado subrayar que las enfermeras americanas han marcado la tónica de esta expansión.

Más cercano a nosotros, en los años 60, la puesta a punto de programas de master en ciencia enfermera en algunas universidades canadienses ha contribuido a esta expansión de la investigación. Los proyectos de investigación, las subvenciones y las realizaciones de los profesores en ciencia enfermera han mantenido una trayectoria ascendente. Además, la reciente aparición de estudios doctorales en ciencia enfermera da testimonio de una vitalidad y un compromiso duraderos, portadores de los avances de los conocimientos en la disciplina.

Las grandes corrientes del pensamiento y las diversas concepciones (v. caps. 1 y 2) han influenciado el desarrollo de los conocimientos en nuestra disciplina. Como hemos mencionado en el capítulo 1, el objeto de estudio y los parámetros escogidos, reflejan, en la mayoría de las veces, una filosofía y unas convicciones, y determinan una elección metodológica. Además, las diversas concepciones específicas de la disciplina presentadas en el capítulo 2, ofrecen marcos de referencia en el sentido en que cada uno propone un ángulo de estudio y unos términos específicos para expresar el objeto de la investigación y los parámetros que de él se deriven.

■ Inspirada en la práctica del cuidado, la investigación

enfermera apunta al desarrollo de conocimientos

específicos de la disciplina y tiene por finalidad la salud de

las poblaciones. La formación difunde los conocimientos

esenciales para la práctica y, la investigación los hace

progresar.

⁺ Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (2001) en *El pensamiento enfermero*. Masson. España. pp 99-117

La búsqueda o investigación científica reside principalmente en los conceptos del centro de interés y en las interrelaciones que de él se desprenden: el **cuidado** a la **persona** que, en interacción con su **entorno**, vive experiencias de **salud**. Por otro lado, aunque el valor científico de las investigaciones en ciencia enfermera sea reconocido, su impacto en el cuidado será poco determinante a causa de una difusión y una aplicación aún modestas en la práctica (Lucker, 1992).

Sólo queda constatar que la práctica, la teoría y la investigación están íntimamente unidas (v. fig. 5-1). La práctica interroga y sugiere las hipótesis; teoría guía la conceptualización de los problemas y los temas de investigación. Los investigadores elaboran los proyectos y efectúan la investigación científica, lo que les permite perfeccionar la teoría existente o contribuir a la creación de nuevas teorías. Las enfermeras clínicas prueban estas nuevas teorías y, así, la práctica puede ser calificada de <<catalítica>>. La investigación, la teoría y la práctica son, pues, interdependientes; se enriquecen mutuamente y son las fuentes de inspiración y de desarrollo (Bergman, 1990).

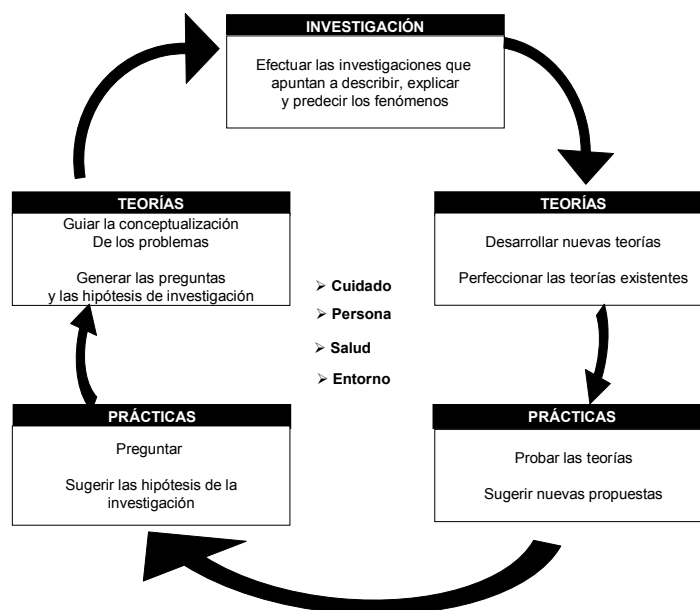


Fig. 5-1 Desarrollo de los conocimientos. (Inspirado y adaptado de L. R. Lutjens y M. L. Horan)

La importancia de la investigación efectuada en colaboración con las enfermeras que atienden en diferentes ambientes depende de que el conocimiento no es estático, sino que está unido a un contexto en constante evolución. Los conocimientos generados por la experiencia de las enfermeras constituyen, de alguna manera, la prolongación de la teoría (Benner, 1984). En cambio, la investigación de la teoría enfermera en la investigación permite el resurgir de modelos de cuidados significativos para la práctica (Meleis, 1987). Juntas, la teoría, la práctica y la investigación contribuyen a la ciencia enfermera y sitúan a la disciplina entre las disciplinas de la salud (Lutjens y Horan, 1992).

Petit (1989) subraya la importancia del retorno de la investigación en ciencia enfermera al saber pedagógico de la disciplina (definición de nuevos programas), igual que a la organización y al cumplimiento de los cuidados (modificaciones estructurales, nuevas estrategias y técnicas de cuidados, etc.).

[...] la investigación enfermera puede aumentar la autonomía del saber enfermero; en la hipótesis más favorable, vendrá a legitimar las consideraciones sociales y psicológicas en el cuidado de los enfermos, por oposición a las perspectivas estrictamente médicas.

En el capítulo 1, hemos mencionado que las enfermeras van y vienen, a menudo sin saberlo, entre los diferentes paradigmas. Cuando se trata de investigación, la influencia de las diferentes corrientes de pensamiento es muy palpable. El paradigma de la categorización (fig. 1-1, pag. 19) está caracterizado por una filosofía positivista lógica que ha marcado fuertemente el desarrollo del conocimiento enfermero. Esta influencia se encuentra siempre presente. Así, Clark y Yaros (1988) igual que Norbeck (1991) insisten sobre los métodos cuantitativos de investigación para analizar objetiva y empíricamente las variables preseleccionadas *a priori* de enunciados teóricos con el fin de determinar las relaciones medibles de causalidad entre diferentes fenómenos de cuidados enfermeros.

Hay teorizadoras que cuestionan la pertinencia de este enfoque. Así, Leininger (1985) afirma que la relación de causalidad es demasiado estrecha para permitir el descubrimiento de particularidades del ser humano y mantenerlas cuando se trata de promoción a la salud. Lo mismo opina Phillips (1992), quien pretende que el enfoque científico esconda no solamente la globalidad de la realidad cuya existencia conocemos, sino también el espíritu creativo y bien formado de la investigadora; dicho de otra manera, lo que es necesario para la comprensión de la realidad en su conjunto. Según estos autores, un enfoque cuantitativo está limitado a preguntas de naturaleza empírica y resulta inadecuado e insuficiente para la naturaleza creadora, humanista, expresiva, subjetiva, holística e intuitiva de los cuidados enfermeros. Leininger y Phillips insisten en el descubrimiento de fenómenos y la exploración de sus relaciones según una perspectiva holística. Estos objetivos apelan a métodos que ofrecen una comprensión gestaltista de los significados de una realidad dinámica. La investigación cualitativa no es reduccionista e intenta, ante todo, captar los significados que reflejan la experiencia humana, así, según esta perspectiva, la realidad es matizada por el contexto, de ahí la expresión *meanings-in-context* (Leininger, 1985). El objetivo de la investigación cualitativa consiste en comprender los fenómenos y generar las teorías.

Las definiciones dadas a los conceptos «cuidado», «persona», «salud» y «entorno» según las diversas concepciones presentadas en el capítulo 2 ejercen una influencia sobre el enfoque que la investigación quiere privilegiar. El paradigma de la categorización sugiere que la persona (suma de sus diferentes partes) intenta adaptarse a un entorno que gana al ser manipulado para mantener un equilibrio. En esta perspectiva causal de la realidad, se pone el acento sobre las relaciones entre las diferentes partes. Según este paradigma, la investigación se orienta a comprender las relaciones lineales entre las variables y a privilegiar el control de los factores contextuales. Por otro lado, el paradigma de la integración requiere enfoques de

investigación que tienen en cuenta las relaciones que implican numerosos factores unidos a la persona y a su entorno.

En cuanto al paradigma de la transformación, las investigaciones que se sugieren privilegian el significado, para la persona, en tanto que experiencia y los diversos factores que están relacionados con ella. Según este paradigma, el ser humano es diferente de la suma de sus partes; es una entidad caracterizada por los *patterns* y los cambios mutuos con el entorno (Parse, 1987; Rogers, 1990). Las investigaciones se realizan en un sistema abierto con las menos presuposiciones posibles, ofreciendo así una perspectiva libre de relaciones de causa y efecto, como comprensión de la realidad. Doering (1992) mantiene que otras visiones filosóficas no cesan de influenciar a los investigadores en ciencia enfermera. Estas filosofías valorizan la interrelación de los fenómenos naturales y los fenómenos humanos, los conocimientos del holismo y de la intuición así como la calidad de la experiencia humana. El conocimiento intuitivo, como la inferencia cognitiva, la intuición gestaltista y la función precognitiva, se apoya en los elementos no cuantificables de la relación enfermera-cliente.

El valor del conocimiento intuitivo para la ciencia enfermera reposa en la capacidad de predecir los comportamientos basados en los datos a menudo ambiguos y la capacidad de prever las consecuencias (Doering, 1992).

En la disciplina enfermera, la presencia de varios modelos conceptuales es un triunfo envidiable, que ofrece varios ángulos de estudio o varios puntos de partida para la investigación (Adam, 1985). En este sentido, Fawcett (1991) subraya que los modelos conceptuales proponen los fenómenos que se van a investigar. Por ejemplo, una investigación inspirada por el modelo sistémico de Dorothy Johnson se preguntará sobre los factores susceptibles de influenciar una alteración de la movilidad física de una persona anciana que vive en un centro de acogida. Guiada por el modelo de Levine, otra investigadora se preguntará sobre los medios que favorecerán el logro de los objetivos fijados para esta persona anciana. Influenciada por el modelo del <<ser-hacia-su-actualización>> de Parse, otra se preguntará el significado dado por esta persona anciana a la alteración de la movilidad física, y esto, en un momento de la vida en que los esfuerzos para mantener la independencia están valorizados en nuestra cultura. Los modelos conceptuales para cada investigación.

Recientes publicaciones se entretienen en discutir la elección de los métodos de investigación que contribuyen al mayor enriquecimiento de los conocimientos en la disciplina enfermera. Más allá de este dilema, queremos subrayar que, en este momento de su evolución, la investigación enfermera puede aprovecharse de una diversidad de opciones, teniendo en cuenta, por ejemplo, el centro de interés y los principios formulados en el capítulo 3. Escoger un método de investigación es más que una elección técnica: es una actividad intelectual, ideológica y política. Como ha subrayado Hayne (1992), creemos que la práctica enfermera es siempre, hasta cierto punto, empírica, pragmática, intuitiva y artística. Es importante actuar en sinergia a pesar de diferentes métodos de investigación, de saborear esta flexibilidad apreciando las paradojas y la sana diversidad que caracteriza la evolución del conocimiento enfermero. La diversidad engendra, a menudo, lo excelente (Hayne, 1992).



■

■ La investigación enfermera llega a la madurez en el
sentido en que se vuelve progresivamente más apta para
describir, analizar y explicar los fenómenos unidos a su
centro de interés y a los principios que se derivan de éste ■

Para aceptar estos desafíos, las investigaciones continúan desarrollando los conocimientos en la base de nuestra disciplina y guiando la práctica de los cuidados humanistas y holísticos. En este sentido, en su análisis epistemológico de la ciencia enfermera, Harper (1978) ha subrayado cuatro tipos de saber. El saber empírico o científico, la autora añade el saber estético (arte), el personal (de uno mismo y de los demás) y el ético (aspecto moral), vistos como esenciales para la elaboración del conocimiento. Por consiguiente, estos modos de saber unen la práctica y la investigación. Una práctica basada en los conocimientos validados por la investigación contribuirá al reforzamiento del potencial (*empowerment*) deseado (Hayne, 1992). Además, las investigadoras que se inspiran de la práctica recurren a una diversidad de postulados y de métodos que pueden enriquecer el cuerpo de conocimientos en ciencias enfermeras. Es así que las investigaciones orientadas hacia los conceptos centrales y sus interrelaciones contribuyen a la elaboración de la ciencia enfermera o al conjunto de saberes empíricos, estéticos, personales y éticos que caracterizan la disciplina misma y contribuyen, para el futuro, sus títulos de nobleza.

LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO DE ACCIÓN

Colegio Internacional de Enfermeras

http://www.icn.ch/matters_researchsp.htm

¿Qué es la investigación de enfermería?

La búsqueda de unos cuidados de salud de calidad y eficientes en costos ha situado en primera línea la práctica profesional basada en pruebas y la investigación de enfermería. Esta investigación es una búsqueda sistemática que trata de aportar nuevos conocimientos de enfermería en beneficio de los pacientes, las familias y las comunidades.

Abarca todos los aspectos de la salud que son de interés para la enfermería, entre ellos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el cuidado de las personas de todas las edades durante la enfermedad y la recuperación, o para una muerte pacífica y digna¹. La investigación de enfermería aplica el método científico para tratar de adquirir conocimientos, responder a preguntas o resolver problemas.

El conocimiento que se genera mediante la investigación de enfermería se emplea para desarrollar la práctica basada en pruebas, mejorar la calidad de los cuidados y conseguir unos resultados óptimos y unas intervenciones de enfermería eficientes en costos.

El por qué de la investigación de enfermería

La práctica basada en la investigación es la característica fundamental de la enfermería profesional. La investigación de enfermería, cualitativa y cuantitativa, es de importancia crítica para una atención de salud de calidad y eficiente en costos². La investigación de enfermería es necesaria para generar nuevos conocimientos, evaluar la práctica y los servicios actuales, y aportar pruebas que configuren la formación, la práctica, la investigación y la gestión de enfermería. La investigación de enfermería es un medio poderoso para responder a preguntas sobre las intervenciones de atención de salud y hallar modos mejores de promover la salud, prevenir la enfermedad y dispensar cuidados y servicios de rehabilitación a las personas de todas las edades y de distintos contextos.

El principal objetivo de la investigación de enfermería es mejorar los resultados de los cuidados haciendo avanzar los conocimientos y la práctica de la enfermería, e informar la política de salud. Para ello, el CIE facilita y favorece la realización, difusión y utilización de la investigación relacionada con la enfermería, la salud y los sistemas de atención de salud.

Prioridad para la Investigación de enfermería

El CIE ha identificado en dos amplios sectores las prioridades de la investigación de enfermería referentes a los fenómenos que interesan a ésta. Se trata de los servicios de salud y enfermedad y de prestación de los cuidados³

Salud y enfermedad. La investigación de enfermería en la salud y en la enfermedad se ocupa de diversos sectores, entre ellos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el control de los síntomas, la vida con enfermedades crónicas, y el fomento de la calidad de la vida; prestar cuidados a los pacientes que experimentan cambios en la salud y en la enfermedad; evaluar y vigilar los problemas de los clientes; facilitar las intervenciones de prestación de cuidados de enfermería y verificarlas, y medir los resultados de los cuidados.

Las prioridades recomendadas de la investigación de enfermería en relación con la salud y la enfermedad son, entre otras, problemas tales como el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades crónicas, la lucha contra las infecciones, y los problemas de salud de la mujer y de salud mental.

Prestación de los servicios de atención de salud. Las prioridades de la investigación de enfermería en los servicios de prestación de cuidados se centran en la calidad y economía de los cuidados, en los cuidados basados en la comunidad, en la fuerza de trabajo de enfermería y en la reforma de la atención de salud. Campos adecuados para la investigación de enfermería son, entre otros, los efectos que tienen en los clientes las intervenciones de enfermería, la práctica de la enfermería basada en pruebas, la atención primaria de salud, los cuidados a domicilio, la calidad de la vida laboral de las enfermeras, la retención, la satisfacción con el trabajo, las repercusiones de la reforma en la política de salud, la planificación y evaluación de programas, las consecuencias en la equidad y en el acceso los cuidados de enfermería y sus efectos en ésta, y la financiación de la atención de salud.

Estrategias para la Investigación de enfermería

Las estrategias empleadas en la investigación de enfermería deben favorecer esa investigación en el plano internacional y han de crear y sostener la base de conocimientos para la práctica de la enfermería. Las estrategias del CIE están pensadas para incrementar la capacidad de hacer investigación de enfermería en el plano internacional y tienen por objeto:

- Prestar apoyo y alentar a las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) a crear capacidades de investigación de enfermería, por ejemplo elaborando un programa y unas prioridades para la investigación, prestando apoyo y asesoramiento para ésta, bases de datos relacionadas con la investigación, formación, difusión y utilización de la investigación, y fomento de la cooperación en la investigación de enfermería.
- Seguir colaborando con la OMS, las ONG y otros organismos para conseguir que el programa internacional de investigación de enfermería sea visible y figure en las declaraciones de prioridades; influir para que las enfermeras

investigadoras formen parte de consejos y de órganos internacionales de investigación de salud adecuados.

- Establecer y favorecer una red de enfermeras investigadoras que tenga capacidad para llevar adelante el programa internacional de investigación de enfermería recomendado sobre la salud, la enfermedad y la prestación de los servicios de atención.
- Fomentar y promover la utilización de Internet para mejorar las comunicaciones internacionales entre las enfermeras investigadoras, facilitar el acceso a la documentación y a un equipo internacional de enfermeras investigadoras expertas.
- Promover las oportunidades de que las enfermeras investigadoras publiquen en revistas internacionales como la *International Nursing Review*⁴; animar a los directores de publicaciones a que busquen suscriptores en todos los países; ayuden a los autores cuya primer idioma no sea el inglés; y alentar a las publicaciones a que incluyan un resumen en inglés si la revista se publica en otro idioma.

En los tiempos de la práctica profesional basada en pruebas y de los cuidados de salud impulsados por el conocimiento, las enfermeras se ven ante el reto constante de descubrir maneras nuevas y mejores de dispensar unos cuidados basados en nuevos conocimientos y pruebas obtenidas mediante la investigación. Las enfermeras tienen ante la sociedad la obligación profesional de dispensar unos cuidados constantemente sometidos a revisión, investigación y validación.

Referencias

- ¹ Consejo Internacional de Enfermeras (1998), Guía práctica para la investigación de enfermería. Publicada por W.L. Holzemer. Ginebra: CIE.
- ² Consejo Internacional de Enfermeras (1999), Declaración de posición del CIE sobre Investigación de enfermería
- ³ Consejo Internacional de Enfermeras (1997), Informe del Grupo de expertos de investigación, del CIE
- ⁴ The International Nursing Review en http://www.icn.ch/fr_INRsubscribe.htm

UNIDAD TEMÁTICA 2

LOS PARADIGMAS Y SU ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Como cualquier persona, la enfermera investigadora puede suponer que sólo hay una manera de percibir la realidad y de hacer investigación; lo que es importante rescatar a través de las lecturas elegidas en esta unidad, es darte cuenta de la importancia de la investigación y de que reconozcas las diferentes corrientes de pensamiento que subyacen a ésta, lo que te proporcionará otra óptica, otros escenarios, con los cuales observar los fenómenos y explicarte la intrincada red de relaciones que se establecen en el mundo.

Todo paradigma de investigación se basa en sistemas filosóficos y se pone en acción mediante una instrumentación específica.

Las lecturas *La investigación enfermera: entre el mito de la racionalidad y la necesidad de un cambio de paradigma*, *Epistemología y enfermería II: paradigmas de la investigación enfermera* y *El debate de la investigación cuantitativa frente a la investigación cuantitativa* te ofrecen toda una serie de conceptos, elementos y cuestionamientos acerca de los marcos epistemológicos que subyacen al proceso investigativo.

Asimismo, las lecturas te permiten reconsiderar los beneficios del rigor del método científico como una forma en la producción y verificación del conocimiento enfermero y cómo los otros métodos, posibilitan a las enfermeras comprender, desde otra perspectiva, con mayor profundidad a las personas y sus condicionantes ambientales.

Reconocer qué es la naturaleza del objeto de estudio y definir la perspectiva de la arista que se desea estudiar, así como comprender que los métodos para hacer la investigación son complementarios más que únicos, nos permite tener aproximaciones diversas y más profundas acerca de los fenómenos con los que trabaja e investiga la enfermera.

LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA: ENTRE EL MITO DE LA RACIONALIDAD Y LA NECESIDAD DE UN CAMBIO DE PARADIGMA

JOSÉ LUIS MEDINA MOYA*

En la enfermería de nuestro país son todavía tímidos los intentos de presentar en valor y la importancia que los medios cualitativos de investigación poseen para el avance en el desarrollo del conocimiento enfermero y en la mejora de la práctica del cuidado. Es en el año de 1993 cuando Vilagrasa¹ afirma que “cabe destacar la utilidad de las técnicas etnográficas e interpretativas para el estudio de la práctica”. Pese a esa reciente afirmación. En nuestro país, a diferencia de lo viene sucediendo en el ámbito anglosajón, todavía no parece asumirse con suficiente claridad que durante las dos últimas décadas, tanto en las ciencias sociales como en las de la salud y más concretamente en la enfermería, se ha producido el surgimiento de una diversidad de posiciones epistemológicas y metodológicas, aparecidas sobre todo como oposición frontal a la epistemología positivista, dominante en el ámbito de la enfermería, surgida tras la explosión tecnocrática y empirista de los años sesenta.

La investigación enfermera se desarrolla en el marco de determinadas estructuras o perspectivas filosóficas, teóricas y metodológicas que la orientan y, lo más importante, que condicionan de modo determinante el método de investigación, la modalidad de análisis de datos, así como la interpretación de los mismos. A esas perspectivas se les han denominado “paradigmas” (Kuhn²) o “estructuras de racionalidad” (Habermas³). En la comunidad científica se acepta de modo unánime que existen tres grandes paradigmas: el empírico-analítico, el hermenéutico-interpretativo y el sociocrítico, que son los marcos mentales (léase ideológicos, epistemológicos y teóricos) compartidos por un grupo de científicos, y a la luz de los cuales encuentran sentido y a significado a su actividad de investigación.

Uno de los problemas con los que se enfrenta en la actualidad la investigación en nuestro país deriva de la hegemonía que ha ostentado el paradigma positivista, manifestada en una escasa pluralidad metodológica, la cual supone a su vez un freno endógeno en la producción científica de la enfermería española.

El impacto del positivismo en las ciencias de la salud, a partir de su eclosión desde los inicios de este siglo, se ha dejado notar en la enfermería en su discurso científico y pedagógico y en sus prácticas de investigación, asistenciales y de enseñanza. Desde que en España la investigación enfermera adquiere cierta difusión e institucionalización, hace 10 años aproximadamente, la gran mayoría de investigadoras / es hemos aceptado, con mayor o menor grado de conciencia, el predominio de los métodos cuantitativos de investigación, reflejo del positivismo

* Diplomado en Enfermería. Licenciado en Ciencias de la Educación. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Facultad de Pedagogía. Universidad de Barcelona.

lógico, y el énfasis del estudio de las personas como objetos reducibles y mensurables, independientemente de su contexto histórico, cultural y social.

Durante esa década, y en un legítimo intento de ser reconocida como «disciplina científica», la enfermería española adopta la racionalidad positivista, en auge durante aquella época, racionalidad que gradualmente se fue infiltrando en el campo de la enfermería. De ese modo, los objetivos y métodos de las ciencias naturales fueron adoptados por las enfermeras investigadoras, adopción realizada en ocasiones de un modo excesivamente acrítico. Con la investigación se intentaba explicar, predecir y controlar la realidad; utilizábamos para ello el método hipotético-deductivo, es decir, se formulaban hipótesis que se contrastaban comparando sus consecuencias lógicas, que adoptaban la forma de enunciados que relacionaban dos o más variables, con el resultado de observaciones y experimentos.

Se produjo entonces una separación entre la producción del conocimiento y su contexto sociohistórico, político y económico. Esta descontextualización-deshumanización del conocimiento científico que fue abolida en las ciencias humanas a partir de la aportación de Jung, sigue vigente en la enfermería española.

La dominación que el positivismo lógico ejerce actualmente en el pensamiento y la investigación enfermera le permite legitimarse como la única forma posible de hacer ciencia. En general, las enfermeras/os españoles hemos aprendido un único (entre otros posibles) modo de “hacer ciencia”: el positivismo lógico. Probablemente sea acertado afirmar que a la mayoría de investigadoras / es de nuestro país nos sería difícil reconocer que estamos utilizando técnicas de investigación basadas en el positivismo lógico, y que éste es sólo una posibilidad más entre una gama de epistemologías y no la “única” forma de hacer ciencia.

El fervor con el que se ha defendido el positivismo lógico bajo la apariencia de una ciencia, no es más que una manifestación de cómo algunos saberes se constituyen en dominios de poder. La noción de saber / poder, aportada por Foucault⁴, es particularmente válida para dar cuenta de las formas y relaciones de poder que acompañan a los procesos de producción de discursos legítimos. El poder limita y determina aquello que puede y no puede ser pensado; no sólo pesa sobre nosotros como una fuerza que dice “no”, sino que produce cosas; ya no es coercitivo sino más bien productivo; ya no prohíbe conductas sino que las potencia y las encauza. Como afirma Bourdieu⁵, desde el momento en que los investigadores y estudiosos proponen “modos” y “marcos” para explicar la realidad, aparece una lucha por la imposición de sus presupuestos, entre quienes pugna por imponer una u otra clasificación o marco, invocando la supuesta autoridad y neutralidad de la ciencia para legitimar como única y real una visión “arbitraria” de la realidad. El poder se manifiesta cuando aceptamos como legítimo un marco categorial, arbitrario en esencia, a través del cual nos relacionamos con el mundo y que impone la representación que de él vamos a tener.

Aunque históricamente el positivismo lógico ha sido el marco que ha estructurado nuestra percepción de la realidad, nuestro modo de interpretar el mundo y ha desempeñado un papel central en la definición de la disciplina enfermera, de los estándares de la práctica y de lo que se considera una investigación respetable, hoy día está siendo ampliamente cuestionado (Meleis⁶).

En el contexto de la enfermería norteamericana, desde mediados de los años sesenta, el discurso enfermero reconoce por primera vez que el positivismo lógico es una filosofía, una metodología de la ciencia entre otras, y no la “ciencia”. De este modo, aparecen alternativas al paradigma positivista, que se articularán en los paradigmas hermenéutico-interpretativo y sociocrítico. La aparición de esas epistemologías alternativas surge con la constatación de que la metodología positivista se halla en franca contradicción con la filosofía tradicionalmente aceptada en enfermería. Como Meleis⁶ afirma, las enfermeras que adoptan una filosofía positivista entran en contradicción con la filosofía de enfermería (esencialmente holística), con su herencia y con sus objetivos.

Basarse en una metodología que defiende la fragmentación analítica y la cuantificación, supone ignorar que la realidad es holística y analizar los problemas fuera del contexto donde surgen y a la luz del cuál encuentran significado y explicación. En efecto, reducir las personas y las prácticas del cuidado a partes de un mecanismo estable, regular y por tanto predecible o a datos que puedan ser objeto a operaciones matemáticas, nunca ha sido congruente con los valores tradicionales y aceptados en enfermería: holismo y humanismo (Draper⁷).

Cada vez son más el número de investigadoras / es que son conscientes de las inadecuaciones y limitaciones de los métodos cuantitativos para alcanzar una visión holística de las personas y de sus necesidades de salud, y que defienden que la explicación de los componentes humanísticos y científicos del cuidado exigen métodos de investigación y modelos de análisis diferentes de los propuestos por los métodos cuantitativos (Leininger⁸).

Aunque en el contexto norteamericano la afirmación anterior es ampliamente aceptada, en nuestro país, por el contrario, existe un desconocimiento generalizado de las posibles alternativas epistemológicas y metodológicas al positivismo; como ejemplo, basta un análisis del contenido de las asignaturas relacionadas con los métodos de investigación en enfermería que se imparten en las escuelas universitarias de enfermería y en los cursos de posgrado. Creemos que con el conocimiento y difusión de métodos interpretativo-hermenéutico como etnografía, la investigación-acción, el interaccionsismo simbólico, la fenomenología, la etnoenfermería, apenas usado en nuestro país, podremos desarrollar nuevos enfoques más cercanos a la verdadera naturaleza de la enfermería y de los cuidados de salud (Field y Morse⁹).

Mientras, en el ámbito anglosajón, la utilidad de estos nuevos métodos fue puesta en duda inicialmente. Hoy día su relevancia y utilidad son generalmente aceptadas para el desarrollo de un cuerpo de saberes más acordes con las concepciones del cuidado comúnmente aceptadas. Las asunciones de la fenomenología y la hermenéutica son idóneas para investigar cuestiones como la calidad de vida o el significado de la experiencia de salud / enfermedad.

Los métodos interpretativos son idóneos para estudiar a las personas en sus escenarios naturales, y para el descubrimiento del significado de las situaciones clínicas y su relación con la práctica de enfermería. Además es un hecho comprobado (Cox Dzurec¹⁰) que aspectos asumidos por estos métodos como la unidad irreductible del ser humano con su contexto y como los significados como constructores de la realidad

social, son consistentes con modelos de enfermería como los de Newman, Rogers, Parse y Leininger.

Este nuevo “paradigma de la simultaneidad” (Parse¹¹) está siendo cada vez más aceptado y legitimado en la literatura norteamericana. Se acepta de modo generalizado que posee suficientes criterios de credibilidad científica y qué es mucho más adecuado al objeto de conocimiento de la enfermera que el paradigma positivista.

Aunque el método científico centrado en la medición, el control y la objetividad ha desempeñado un importante papel en la producción y verificación del conocimiento enfermero, no es menos cierto que los métodos cualitativos ayudarán a las enfermeras a conocer y comprender con mayor profundidad a las personas y a sus condicionantes sociales⁸.

Es necesario recuperar un pensamiento que nos permita mirar más allá de lo que se nos ha presentado como conocimiento lícito. Para ello es necesario que nos interroguemos acerca de las fuerzas que determinan los límites de lo que nosotros podemos pensar, saber y conocer. Creemos que el punto de inflexión ya ha sido alcanzado por aquellas enfermeras/os que trazan nuevas direcciones y métodos para un conocimiento y entendimiento alternativo del ser humano. Sólo desde una perspectiva que vaya más allá de los límites impuestos por las prohibiciones metodológicas del positivismo podremos obtener un verdadero desarrollo profesional; sólo con el conocimiento de la legitimidad epistemológica y metodológica de otras formas de hacer ciencia se alcanzará una práctica del cuidado verdaderamente humana.

Referencias

1. Vilagrasa, P. Experiencia clínica e investigación. *Enfermería Clínica*. 1993; 3:41-42
2. Kuhn, TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. México. Fondo de Cultura Económica. 1986
3. Habermas, J. *Conocimiento e interés*. Madrid. Taurus. 1982
4. Foucault, M. *Vigilar y castigar*. 5ª ed. Madrid. Siglo XXI. 1985
5. Bourdieu, P. *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid. Akal. 1987
6. Meleis, A. *Theoretical nursing. Development & Progress*. 2a ed. Philadelphia. JB Lippincot. 1991
7. Draper, P. A critique of Fawcett's conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. *J Ad Nursing*. 1993; 18:558-564
8. Leininger, M. *Qualitative research methods in nursing*. Orlando. Grune and Stratton Inc. 198
9. Field, P. y Morse, J. *Nursing research application of qualitative approaches*. Londres. Sage. 1985
10. Cox Dzurec L. The necessity for and evolution of multiple paradigms for nursing research: a poststructuralist perspective. *Adv Nursing Sci*. 1989; 11: 69-70
11. Parse, R. R. *Ed Nursing Science: major paradigms, theories and critiques*. Philadelphia. WB Saunders. 1987

EPISTEMOLOGÍA Y ENFERMERÍA (II): PARADIGMAS DE LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

José Luis Medina Mora* y Ma. Paz Sandín Esteban**

RESUMEN

En esta segunda y última parte del trabajo “Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado”, presentaremos los tres paradigmas de la enfermería contemporánea en los que se sustentan las diversas metodologías de la investigación enfermera: **empírico-analítica, hermenéutico-interpretativa y sociocrítica**. Se trata de realizar un recorrido, a modo de panorámica, a lo largo de las diferentes opciones metodológicas existentes, explicitando la fortaleza y debilidad de sus planteamientos epistemológicos, con el fin de demostrar que la polémica métodos cuantitativos frente a métodos cualitativos es falsa, ya que se funda en la aceptación acrítica, y a veces dogmática, de una sola epistemología y de su metodología resultante, sin haber estudiado, y por tanto conocido, el resto de opciones metodológicas.

La existencia de una pluralidad de métodos de investigación enfermera se debe a la existencia de profundas diferencias en los postulados básicos acerca de la naturaleza del objeto que se pretende investigar. Es una falacia juzgar los resultados de unos métodos (por ejemplo, cualitativos) desde los postulados epistemológicos en que se fundan otro tipo de métodos (por ejemplo cuantitativos). Por tanto, comprender adecuadamente los resultados de la investigación enfermera requiere que se conozca la pluralidad de modos (todos legítimos) en que los problemas a investigar pueden ser abordados y formulados, y que esa formulación depende de la perspectiva epistemológica en que se sitúe el investigador. Son esas epistemologías y sus implicaciones metodológicas las que trataremos de presentar en esta segunda parte.

La polémica de la naturaleza del saber enfermero

Lo que hoy conocemos por Investigación Enfermera, “INVE” para algunas autoras¹, hunde sus raíces en la “venerable -y no menos polémica- cuestión de cómo se relacionan las ciencias de la naturaleza con el estudio del hombre”².

Como ya se ha afirmado anteriormente^{***}, tres han sido las tradiciones que han tratado de dar respuesta a esa cuestión. La primera de ellas denominada “galileana”, positivista, racionalista o empírico-analítica (Wright², Meleis³, Cull-Willby⁴). La segunda es la “aristotélica”, interpretativo-fenomenológica o hermenéutica (Wright², Holter⁵). La tercera contemporánea nuestra, es la “sociocrítica” (Meleis³, Holter⁵, Clare⁶, McLean⁷).

Estas tres tradiciones, que constituyen parte de nuestro legado filosófico, adoptan nuevas posturas divergentes cuando responden a la pregunta que plantea Morey⁸. “¿Puede (debe) pensarse eso que es el hombre con exclusión de toda pregunta por el sentido y el valor? ¿Puede (debe) pensarse eso que el hombre únicamente por recurso

* Diplomado en Enfermería. Licenciado en Pedagogía, Profesor del Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Facultad de Pedagogía. Universidad de Barcelona.

** Licenciada en Pedagogía. Profesora del Departamento de métodos de investigación y Diagnóstico en educación. Facultad de Pedagogía. Universidad de Barcelona.

*** Véase Enfermería Clínica, vol.4, núm 5

a la(s) verdad(es) positiva(s)”. La tradición positivista responderá afirmativamente, bien al contrario de lo defendido desde posiciones interpretativas y sociocríticas.

En síntesis, la investigación enfermera surge de unos planteamientos epistemológicos y metodológicos que forman parte de una disputa acerca de las condiciones a satisfacer por una explicación científica respetable. En esta segunda parte realizaremos una somera descripción de cada una de estas tres tradiciones o paradigmas y sus repercusiones en la práctica y la investigación enfermera.

Paradigma positivista o empírico-analítico

La filosofía positivista y su intento de unificación científica ha influido de una manera absoluta en la epistemología contemporánea, propiciando un enfoque y un método de investigación, que ha dominado hasta muy recientemente en el ámbito de la enfermería española. Su influencia se ha hecho notar en las aulas (pedagogía por objetivos y obsesión por la eficacia), en servicios asistenciales (PAE como sinónimo de método científico), en la gestión de cuidados (análisis de tareas, cargas de trabajo) y sus destellos aún nos nutren. Las teorías de las ciencias contemporáneas sólo pueden ser entendidas como desarrollo, crítica y alternativa a las posiciones positivistas. Cualquier discusión desde una visión progresiva de la enfermería sólo puede ser desarrollada en contraste y oposición al positivismo.

El positivismo junto con el modelo médico (a su vez basado en esa epistemología) han sido las dos influencias predominantes, y a veces opresoras, en el desarrollo del conocimiento enfermero desde Nightingale hasta nuestros días⁹.

Orígenes del positivismo: una breve historia

Lo que hoy conocemos como positivismo, también denominado racionalidad técnica o razón instrumental¹⁰, es el heredero de toda una tradición intelectual que se remonta hasta Hume y la filosofía de la ilustración. Durante la revolución científica del Renacimiento, a principios del siglo XVII, Francis Bacon de Verulam afirmó que la ciencia consistía en la consagración de la autoridad de la observación y el experimento por encima de la razón y la intuición¹¹. En el *Novum Organum* (1620), que escribió con la intención de superar el *Organum* de Aristóteles, sienta las bases del razonamiento inductivo y del método experimental. Posteriormente Descartes, influido por Bacon, aporta con su Discurso del Método principios metodológicos fundamentales.

El empirismo y el positivismo actuales no descienden tanto de Francis Bacon como de Davis Hume, quien en el siglo XVIII trazó una distinción entre el conocimiento que cabe extraer sobre la relación entre proposiciones lógicas y el conocimiento sobre las relaciones entre los hechos empíricos, y sentó las bases de los límites de la inducción. El término “positivismo” fue acuñado en el siglo XIX por August Comte para designar el conocimiento científico, punto culminante del saber humano, tercera y última etapa del desarrollo del conocimiento humano alcanzada después de recorrer las etapas “teológica” y “metafísica”. En ese mismo siglo, Claude Bernard introduce la aplicación del método experimental en las ciencias biológicas con su *Introducción al estudio de la medicina experimental*. En el siglo XX los continuadores del empirismo de Hume configuran el denominado “Círculo de Viena”, entorno en el cual se agrupan una serie de pensadores como Schlick, Carnap, Hempel, Reichenbach y el primer Wittgenstein, que conforman un nuevo movimiento denominado indistintamente “positivismo lógico”, el atributo de “lógico” fue añadido para indicar el apoyo que el

renovado positivismo obtuvo de los nuevos desarrollos en la lógica formal. Karl Popper¹², uno de los grandes maestros de la epistemología contemporánea encarna el abandono de las posturas del Círculo de Viena. Popper, defensor de un racionalismo crítico, introduce el principio de asimetría lógica entre verificación y falsificación, según el cual sólo es posible generar un desarrollo de las teorías intentando falsarías (como vimos en el apartado que hacia referencia al induccionismo).

Características

Las características de diversos autores (Wright², Meleis³, Pla¹³, Fernández Buey¹⁴, Larrosa¹⁵) adjudican al paradigma positivista son las siguientes:

Monismo metodológico

Se define que el método de las ciencias naturales (el científico) es el ideal de comprensión racional de la realidad, y por ello debe ser extrapolado a la enfermería³. Se defiende la idea de que la ciencia y sólo ella proporciona una actitud neutral, porque sólo ella suministra métodos que garanticen un saber no contaminado por inclinaciones personales. El método a usar por la investigación enfermera será el hipotético-deductivo, método de proposiciones generales, hipotéticas, que deben ser contrastantes a través de la observación y el experimento. Esta modalidad de validar hipótesis (que asume el falsacionismo popperiano) será el criterio de demarcación entre el conocimiento científico y el resto de saberes que se consideran no científicos.

Explicación causal

El modelo de explicación usado en la teoría del cuidado debe ser la explicación causal. Modelo de explicación que sustenta las construcciones teóricas que produce el método científico. La explicación causal entiende todo fenómeno como “un estado sucesivo de las cosas” cubierto (explicado) por una ley científica, esto es, todo suceso debe ser deducido lógicamente a partir de una conexión invariante entre sucesos empíricos (ley).

La teoría guía y orienta la práctica

De lo que antecede se destaca una idea relevante para la enfermería, la de que toda la explicación causal (la causa precede al efecto) es simétrica a la predicción de un fenómeno, es decir, la predicción tiene la misma forma lógica (invertida) que la explicación causal (la causa precede al efecto) es simétrica a la predicción de un fenómeno, es decir, la predicción tiene la misma forma lógica (invertida) que la explicación científica. Así la enfermería será el valor predictivo de las teorías científicas que le confieren su interés práctico, es decir, la teoría del cuidado guía la práctica al predecir lo que ocurrirá modificando aspectos de la realidad de la asistencia o, en otras palabras, la teoría proporciona los fundamentos que permiten tomar las decisiones racionales acerca del cuidado.

Se defienden que los problemas con los que se encuentran las enfermeras asistenciales son susceptibles de soluciones objetivas y que éstas pueden establecerse con el uso del método de la ciencia. En las palabras de Fawcett¹⁶ (citado por Draper), “es importante subrayar el hecho de que los modelos conceptuales guían la práctica de la enfermería. Esto significa que el conocimiento enfermero, formalizado en un modelo particular, es el punto de inicio de las relaciones recíprocas con la práctica de la enfermería.

Objetividad e independencia sujeto-objeto

Se defiende que el mundo natural tiene una existencia propia que es independiente de la persona que lo estudia. El mundo social, el de la salud, existen como un sistema de variables. El conocimiento científico es una “copia” del funcionamiento del mundo. Las proposiciones que no puedan ser confirmadas por datos empíricos, además de no ser científicas, carecen de sentido. El conocimiento científico es objetivo porque describe la realidad tal cual es.

Ausencia de valores

Los enunciados científicos son interdependientes de los fines y valores de las personas. La ciencia está libre de valores y se dedica exclusivamente a descubrir relaciones entre los hechos¹⁷.

Universalidad de la teoría

La teoría es universal. No se haya vinculada a ningún contexto específico ni a las circunstancias en las que se formulan las generalizaciones.

Distinción entre el contexto de descubrimiento: contexto de validación y contexto de aplicación

El contexto de descubrimiento (referido a como los científicos realizan conjeturas e hipótesis) es negado o negligido por el positivismo. Se argumenta que, al ser un contexto donde cabe la “opinión subjetiva” condicionada por factores psicológicos y sociológicos, no debe centrar la atención de la ciencia. Esta debe preocuparse sobre todo del contexto de verificación, en el que se justifica el conocimiento.

En resumen, en enfermería se defiende hoy en día desde posiciones positivistas que el conocimiento de la realidad del cuidado es “objetivo”, una imagen neutral de los hechos, e independiente de las convicciones y creencias de quien lo posee. Se presenta en forma de relaciones causales entre la salud y los comportamientos humanos que pueden aislarse y fragmentarse (con variables) para su análisis.

La teoría, cuyo objeto fundamental es la explicación (causal) y la predicción, es de la naturaleza hipotético-deductiva, y contiene una serie de enunciados de los que pueden deducir proposiciones mediante un razonamiento lógico. Estas proposiciones son comprobadas empíricamente de modo públicamente verificables, siguiendo como norma operativa los procedimientos de las ciencias físicas. El criterio de verdad es la correspondencia con los hechos empíricamente determinados.

Quienes defienden estas posiciones consideran, en primer lugar, la ciencia como un sistema neutral y abstracto, al que no afecta ningún tipo de valores ni de intereses sociales ni políticos. En segundo lugar, la ciencia trabaja con hechos verificados empíricamente, procedentes de una realidad que es estable, regular e independiente del investigador. Por tanto, el conocimiento que produce la ciencia es neutral y objetivo y describe lo que existe. Su neutralidad reside en que los valores son considerados no susceptibles de atención científica puesto que no son verificables empíricamente. Su neutralidad se funda en la distinción entre los hechos y valores. Por tanto, no pueden justificar valores, ni describir “lo que debería ser”. En otras palabras, existe una separación entre teoría y práctica; el uso de las personas hagan de la teoría depende de sus valores e intereses políticos.

Críticas al paradigma positivista

Las críticas a las posiciones anteriormente mencionadas surgen desde posiciones rivales “interpretativas y críticas”. Meleis³ afirma con contundencia que el fantasma del positivismo amenaza la enfermería en su búsqueda de una base científica”. Para esta autora las enfermeras que adoptan una epistemología positivista entran en contradicción con la filosofía de enfermería (esencialmente holística), con su herencia y con sus objetivos. Basarse en un método que defiende el reduccionismo analítico, la cuantificación y la objetividad, supone ignorar que la realidad es holística y analizar los problemas fuera del rico contexto de donde emanan y a la luz del cual encuentra significado y explicación. Este paradigma lleva asociado el peligro de reduccionismo al aplicarse al ámbito *enfermero*. Si bien permite satisfacer ciertos criterios de rigor metodológico, sacrifica el hecho de que otras dimensiones sustantivas del hecho *enfermero* como realidad humana, sociocultural, política e ideológica¹⁷.

La primera línea de crítica a los postulados positivistas se fundan en el análisis que de ellos podemos realizar desde la perspectiva de la epistemología contemporánea. Esta crítica se deriva del análisis histórico del fenómeno “ciencia”. Las nociones positivistas del conocimiento, objetividad y verdad postulan un modelo de investigación que no ajusta a la realidad histórica de la ciencia, y por ello son irreparables y faltas de realismo.

Este mismo análisis histórico (sustentado en las tesis kuhnianas) revela que los factores subjetivos, culturales y sociales son determinantes en la producción del conocimiento. Tanto es así, que (según Jun) la noción de conocimiento se aprenden mejor en términos epistemológicos, Vista de este modo, la concepción positivista del conocimiento es puro mito.

Siguiendo las tesis de Kuhn sobre las revoluciones en la ciencia y los cambios del paradigma por motivos subjetivos, Carr y Kemmis¹⁸ formulan las siguientes afirmaciones:

1. Si es cierto que, como vimos en la primera parte de este trabajo, los paradigmas son inconmensurables (no existen reglas externas y neutrales a los marcos teóricos paradigmáticos que determinen la superioridad de alguno de ellos), si es cierto que el cambio de paradigma obedece únicamente al cambio de los valores y las creencias, si es cierto que la única regla de validación es el consenso entre la comunidad científica, entonces el positivismo se equivoca al proponer una noción del conocimiento objetiva, universal y libres de valores.
2. La organización social de las comunidades científicas y las expectativas institucionales son determinantes en el tipo de conocimiento que se produce.
3. Los marcos teóricos de la ciencia (paradigmas) se adquieren (por tanto) por vía no reflexiva.
4. Las teorías científicas están contaminadas por un complejo sistema de creencias, valores, y supuestos previos que se estructuran la percepción del investigador y configuran las teorías posteriormente.

Resumiendo los puntos anteriores, el enfoque positivista de la enfermería se presenta subjetivo, indeterminado, axiológico e ideológico^{3, 4, 7}.

En lo que sigue se presentarán las críticas realizadas por los diversos autores (Wright², Meleis³, Holter⁵, Clare⁶, McLean⁷, Pla¹³, Fernández Buey¹⁴, Larrosa¹⁵, Carr y Kemmis¹⁸) a las características definitorias de este paradigma.

Crítica al monismo metodológico

Habermas¹⁹ critica el monismo metodológico positivista, negando la unidad metodológica entre las ciencias naturales y las sociales. Defender, como hace el positivismo, que sólo existe un único método científico que debe ser el juez que legitime el resto de conocimiento, es lo mismo que justificar toda epistemología desde los parámetros positivistas cuando en realidad debería ser al revés. La ciencia es una más entre las diversas formas de conocimiento. No puede ser ella la que estipule las reglas con las que se va a juzgar cualquier otro tipo de saber. “Si queremos seguir el proceso de disolución de la teoría del conocimiento cuyo lugar ha sido ocupado por la teoría de la ciencia, tenemos que remontarnos a través de la reflexión. Volver a recorrer este camino desde un horizonte que apunta hacia un punto de partida puede ayudarnos a recuperar la pérdida de la reflexión. Porque el positivismo es eso: el renegar de la reflexión”¹⁹.

Por su parte, Martínez²⁰ afirma que “la idolatría del método proviene de los grandes resultados que su uso ha proporcionado en el campo de las ciencias naturales; pero estos beneficios no se pueden atribuirse al método en sí, sino a su alto nivel de adecuación al objeto de estudio de las ciencias naturales, que es más bien estático pasivo”. Este autor sostiene que esta adecuación sería ínfima en relación con el objetivo que estudian las ciencias humanas, entre ellas las de salud (entre ellas la enfermería).

Crítica a la explicación causal

Frente al postulado positivista de que la realidad social (la del cuidado) es únicamente objetivable por referencia a los hechos empíricamente establecidos, el enfoque del paradigma interpretativo sostiene que “el criterio básico de validez son los significados inmediatos y locales de las acciones, según se definen desde el punto de vista de los actores”²¹. Se defiende que toda acción, todo acto de cuidar está determinada en última instancia por los significados del actor; las acciones humanas sólo pueden ser interpretadas (comprendidas) por referencia a los motivos del actor. Esta es la diferencia que establece Wright² entre explicación y comprensión, la primera es el modo característico con que las ciencias positivas dan cuenta de la realidad: un acontecimiento. Para ser explicado científicamente, debe ser definido como un estado sucesivo de las cosas relacionándose como un estado sucesivo de cosas relacionándose ambas mediante una conexión causal. Por su parte, las ciencias humanas usan un modelo de explicación teológica denominado comprensión.

El uso ordinario no suele distinguir entre explicación y comprensión. Cualquier explicación, sea causal, sea teológica, aporta una cierta comprensión de las cosas. Pero comprensión posee además una resonancia psicológica que carece de explicación. Este carácter psicológico fue subrayado por Simmel en el siglo XIX. El metodólogo antipositivista consideraba que la comprensión, como método característico de las ciencias humanas, era una forma de empatía o recreación en la mente del estudioso del ambiente interno, sentimientos, deseos y emociones de la persona estudiada. Nótese que éste modelo de explicación comprensiva contribuye

enormemente a satisfacer uno de los requerimientos, ampliamente aceptado (Meleis³, Leininger²²), para conseguir un cuidado humano de calidad: “la empatía”.

No obstante, según Wright², este factor psicológico no es la única diferencia entre la explicación y comprensión. La explicación se halla además relación con la intencionalidad de un modo que la explicación no lo está. Se comprenden los objetivos e intenciones de una enfermera, el significado de un símbolo o de los rituales del cuidado. El hombre no puede ser explicado casualmente; sólo puede ser comprendido teleológicamente, accediendo al sentido que otorga a sus propias acciones.

Crítica a la relación teoría-práctica

La ciencia afirma que la teoría científica es la única legítima para ofrecer instrumentos útiles en la toma de decisiones objetivas sobre las acciones más eficaces en la práctica del cuidado.

Por otra parte, el planteamiento positivista de la relación teoría-práctica exige que el proceso de producción de teorías se mantenga separado del campo en las que éstas se aplican; el método científico supone erróneamente que se pueden resolver los problemas de la enfermería sin influir en los “ambientes mentales”, en el seno de los cuales surgen tales problemas. Desarrollaremos a partir de ahora unas nociones de teoría, práctica y la relación entre ambas, en las que subyace una epistemología “sociocrítica” basada en los planteamiento de la Escuela de Frankfurt, y de su heredero actual Jurgen Habermas, planteamientos que cada vez con más fuerza se están imponiendo en la literatura enfermera anglosajona (Meleis³, Holter⁵, Clare⁶, McLean⁷, Leininger²², Morse²³, Cox²⁴, Hiraki²⁵); planteamientos que, sin duda, se muestran sumamente sugerentes de cara al desarrollo de nuestra disciplina en los próximos años; planteamientos, en suma, que ofrecen una visión novedosa y original acerca de uno de los problemas endémicos de la enfermería en los últimos años, a saber, la relación teoría-práctica.

Estos planteamientos se inician con la rotunda afirmación de que uno de los principales frenos endógenos al desarrollo profesional son las nociones, a todas luces erróneas, de teoría y práctica; nociones que la mayoría de enfermeras (os) aceptan acríticamente.

¿Cuáles son esas nociones erróneas? Permítasenos explicarlo con un pequeño experimento. Imagínesse el lector una hoja de papel en blanco. Se nos pide que situemos en el espacio de esa hoja, en el lugar que deseemos, las palabras “teoría” y “práctica”. Muy probablemente situaríamos la palabra teoría en la parte superior de la hoja y la palabra práctica siempre debajo de la palabra teoría. Si además se nos solicitase que situásemos las palabras inútil e útil, muy probablemente la primera la colocaríamos al lado de la palabra teoría y la segunda al lado de la palabra práctica.

Probablemente, lo mismo sucedería con las palabras *abstracto* y *concreto*. Lo que equivale a pensar que la teoría dirige la práctica o lo que es lo mismo que el pensamiento es preeminente a la acción²⁶. Esta visión es defendida por autoras que como Fawcett²⁷, afirman que los modelos conceptuales de enfermería guían y orientan la práctica y que por tanto, una buena práctica es aquella que está dirigida por un modelo o una teoría de enfermería. Desde estas posturas se defiende la idea de que si las enfermeras tienen problemas de identidad profesional, si su percepción del rol de enfermería es ambigua, si no pueden presentar claramente a la sociedad su

contribución al cuidado de la salud, se debe a que no conocen lo suficiente los modelos y teorías de enfermería, es decir, la mejora en la calidad de la práctica pasa por la “aplicación” de modelos de enfermería.

Con ese argumento, además de *culpabilizar* la víctima se incurre en un importante error teórico²³.

En realidad, las enfermeras asistenciales perciben con el mayor de los escepticismos la posibilidad de aplicar un modelo de enfermería²⁶. Y creemos que para ellas eso no supone el más mínimo problema.

Sin embargo, en los ambientes académicos, ese hecho se percibe como algo problemático. Curioso, ¿no? como curiosa es la solución que se propone desde el mundo académico: intensificar la acción educativa sobre los estudiantes para que cuando accedan al mundo asistencial apliquen aquellas teorías a la práctica. Craso error, se afirma desde los paradigmas interpretativo y crítico. El motivo por el que los modelos de enfermería no han tenido un impacto relevante en la práctica no tiene nada que ver con actitudes de rechazo de las enfermeras, ni con su incapacidad para aplicara tales modelos. Los abismos entre teoría y práctica se deben en realidad a la errónea suposición de que pueden producirse teorías (de enfermería) dentro de unos contextos teóricos y prácticos diferentes a donde deban aplicarse¹⁸.

La relación teoría-práctica es un tema complejo del que existen miles de páginas impresas. Trataremos de sintetizarlo muy brevemente, siguiendo, *mutatis mutandis*, la línea argumental de Carr y Kemmis.

Para la mayoría de las enfermeras, teorizar sobre la enfermería es algo que tiene lugar fuera de la práctica. Sucede en lugares y momentos diferentes de los momentos y lugares de la práctica misma (asistencia). Imaginan el lugar donde se lleva a cabo esa actividad (la teorización) lleno de libros y papeles, un lugar tranquilo, todo lo contrario al maremágnum de la práctica diaria.

Carr y Kemmis¹⁸ afirman que la creencia de que todo lo teórico es no práctico y viceversa es errónea. Como falsa es la noción de que la teoría implica *reflexión y la práctica acción*. En realidad, existen actividades teóricas y actividades prácticas. En lo concerniente a las primeras, la noción de teoría puede tener dos significados. Primero, puede ser el producto del trabajo de las personas que realizan actividades teóricas; por ejemplo, la teoría de “Enfermería como Ciencia Humana” de Jean Watson.

Segundo, puede significar el marco de significados y pensamientos que estructura y dirige cualquier actividad teórica; por ejemplo, el marco teórico y las tradiciones de pensamiento que más influyeron en Watson cuando formuló su teoría fueron la obra de Nightingale, Henderson y Leininger, la fenomenología de Husserl y el existencialismo de Sartre. Así, cuando decimos teoría de enfermería cabría preguntarse a qué nos estamos refiriendo, pues podemos querer significar tanto el producto de investigaciones en enfermería, por ejemplo, la “Teoría del Autocuidado de Orem”, como el marco teórico general de referencia de los que se dedican a producir teorías de enfermería.

En realidad, las teorías que son producto de actividades como la teorización en enfermería no son más que el resultado *formal* de ciertas *prácticas* (las de teorizar) que, a su vez, están dirigidas por ciertas teorías más generales que determinan el

modo en como los que teorizan interpretarán los problemas teóricos y qué métodos utilizarán par resolverlos¹⁸. De este modo, todas las teorías son producto de alguna actividad práctica y toda práctica (la de teorizar) recibe influencia de alguna teoría.

Por ejemplo, la actividad del cuidado, aunque no tenga como objetivo concreto la producción e ninguna teoría, es muy parecida al trabajo que puede llevar a cabo una profesora/or de cualquier escuela de enfermería. Porque es una práctica social, conscientemente ejecutada y que sólo puede ser entendida por referencia al marco más general en que las enfermeras encuentran un sentido a lo que hacen¹⁸. Cualquier enfermera no podría iniciar su práctica sin una noción previa de lo que hay que hacer y sin algún saber acerca de la situación en la que van a practicar.

Por tanto, “todas” las enfermeras poseen una *teoría de enfermería* que dirige su práctica, sustenta sus decisiones y es el marco de referencia que les permite encontrar un significado a lo que hacen. De modo que una *práctica* no es un comportamiento cualquiera y no reflexivo que se produce separado de la teoría, y al que se le puede aplicar una teoría¹⁸.

Todas las prácticas incorporan algo de teoría, y esto es válido tanto para las actividades teóricas de los docentes, cuando enseñan a cuidar, como para las actividades prácticas de las asistenciales que cuidan. Por tanto, como ya hemos dicho, la creencia simétrica de que todo lo teórico es no práctico y viceversa es falsa. Los modelos de enfermería no son cuerpos de conocimientos generados en un vacío práctico, ni tampoco el cuidado de los enfermos es un trabajo mecánico ajeno a la reflexión teórica.

Ambas situaciones son prácticas cuyas teorías rectoras, y esto es importante, residen en los autoentendimientos de los respectivos practicantes¹⁸.

Si entendemos de esta manera la teoría y la práctica, podemos afirmar que el divorcio teoría - práctica (nuestro problema inmediato) no es el que ocurre entre una práctica y la teoría que la orienta, entre un modelo de enfermería y la práctica del cuidado, sino que aparece porque la teoría de enfermería, los modelos que se enseñan en las escuelas son, en realidad, teorías diferentes a las que las enfermeras asistenciales utilizan para orientar su práctica profesional. En realidad, la incomunicación teoría-práctica se debe al uso de lenguajes diferentes, como difern4etes son los criterios usados por docentes y asistenciales, teóricos y prácticos, si se quiere, para valorar las diferentes teorías y modelos.

Según Carr y Kemmis¹⁸, los “teóricos (docentes)” se equivocan cuando defienden que el divorcio teoría-práctica se supera operativizando la teoría, es decir, formulando reglas para la acción a modo de recetas, porque olvidan el hecho de que esos hiatos entre teoría y práctica son solucionados por los practicantes proponiendo acciones que surgen a la luz del marco de referencia que “ellos” ya poseen y que determina la interpretación que hacen de la situación. En realidad, son los practicantes del cuidado, las enfermeras asistenciales, las que participan directamente en el acto de cuidar. Y es la teoría que ilumina “su” práctica, y no la teoría de una actividad ajena a la suya, como es la “práctica de teorizar”, la que determina si existen y cuando existen problemas y como estos deben ser resueltos.

La única teoría legítima de enfermería es la que surge de las experiencias, sentimientos y significados de los protagonistas del cuidado, y que a partir de ahí trate

de solucionar los problemas “de, en y para la práctica”. Una teoría que reconozca que la única fuente de problemas son los autoentendimientos de las personas que cuidan, y que asuma, por tanto, que la *participación activa* de los practicantes en la empresa teórica es una necesidad indispensable¹⁸, y que será validada por su adecuación a la solución de aquellas situaciones que las enfermeras asistenciales perciban como problemáticas.

La visión “dialéctica” de la relación teoría-práctica que acabamos de desarrollar puede tener importantes repercusiones en la enfermería de nuestro país, como ya lo ha tenido en otros lugares, sobre todo en los estados Unidos. Aunque el objeto de este trabajo impide que nos detengamos en este punto, señalaremos una de esas repercusiones: la que se refiere a los métodos de investigación en enfermería. Desde los paradigmas “interpretativo y crítico” se defienden los métodos cualitativos (y no los cuantitativos, actualmente imperantes en nuestro contexto) como los ideales para alcanzar un desarrollo óptimo en el conocimiento y en la práctica de la enfermería^{20,23}, métodos que, desde nuestro punto de vista, protagonizarán un importante papel en el desarrollo futuro de la enfermería en nuestro país. Según Leininger, métodos como la etnografía, la etnoenfermería, la fenomenología o el interaccionismo simbólico “revolucionarán el conocimiento acerca del cuidado y las prácticas de la investigación de la enfermería”²².

Crítica a la objetividad

Desde las posiciones de la epistemología contemporánea no se acepta que el conocimiento científico refleje y describa la realidad del objeto tal cual es, y que ello se deba a que se halle libre de valores. Algo al respecto ya hemos dicho cuando, al referirnos al rechazo del inductivismo, afirmábamos que hoy día se acepta que es un error defender que los enunciados observacionales son en su origen totalmente independientes de las interpretaciones teóricas que se les pueda aplicar. La investigación enfermera y más concretamente la observación como cualquier otra forma de acción social, sólo puede entenderse relacionándola con el contexto en el que aquélla tiene lugar.

La cultura (en sentido antropológico) nos aporta de un modo inconsciente “las conexiones ignoradas y ocultas entre las percepciones básicas y los conceptos disponibles y compartidos socialmente, a través de los cuales nuestras percepciones cobran sentido”²⁸. Nuestra forma de percibir el mundo depende inicialmente de las categorías interpretativas que nos ofrecen los grupos sociales a los que pertenecemos; por tanto, aquello que observamos estará condicionado por lo que sabemos y por los conceptos de que ya disponemos. Benner²⁹, ejemplifica lo que estamos diciendo cuando presenta las diferencias que existen en la interpretación de casos clínicos entre enfermeras noveles y enfermeras expertas.

Podríamos preguntarnos: ¿ven ambas lo mismo?. Siguiendo a Hanson³⁰, responderíamos si y no. Si, porque ambas están ante la misma situación. No, porque la observación es algo más que un simple “ver algo”, puesto que incluye la estructura teórica a la luz de la que asignamos un significado a lo que vemos.

Dos de los principios en los que se funda la supuesta objetividad del método científico, el principio del determinismo físico y el de causalidad, son rechazados hoy día por la Física misma, disciplina que ha sido modelo para el reto de ciencias que aspiraba a su rigor y objetividad. Ese rechazo se hizo evidente cuando “en 1927, Heisenberg

demostró que toda descripción de la naturaleza contiene una incertidumbre esencial e inamovible”²⁰. El principio de incertidumbre, extraído de la física de partículas, explicaba que el comportamiento de una partícula, lejos de ser estable y regular, se mostraba anárquico y aleatorio. Desde Heisenberg, la física contemporánea introduce en su terminología vocablos como ambigüedad e indeterminación, aceptando no sólo su cientificidad sino formando parte de las teorías más avanzadas de la Física contemporánea.

Crítica a la ausencia de valores

Desde el paradigma sociocrítico no se acepta que la ciencia sea una actividad libre de valores. La ciencia, como actividad social, está impregnada de los valores que portan los que la desarrollan, valores e intereses a menudo confrontados. Ocuparse sólo de los “hechos” supone legitimar el orden social tal cual es: básicamente injusto. Esta crítica será desarrollada más ampliamente cuando nos detengamos en el paradigma sociocrítico. El lector interesado en esta perspectiva crítica aplicada a la salud puede consultar la magnífica obra. La medicina bajo el capitalismo, cuyo autor, Vicente Navarro³¹, sostiene que los actuales enfoques de la educación sanitaria, enfoques basados en la racionalidad positivista, están fracasando por su ignorancia histórica (motivada por su epistemología) hacia los factores sociales, económicos, políticos y culturales (factores saturados de elementos axiológicos) que influyen en el comportamiento humano y por tanto en la salud.

Crítica a la universalidad de la teoría

Según Draper¹⁶, cuando Fawcett afirma que los modelos conceptuales (la teoría) desarrollados para ser aplicados en su lugar concreto, por ejemplo los Estados Unidos, pueden ser usados como modelos para la práctica en otro lugar concreto, por ejemplo la Gran Bretaña, se está sustentando en la creencia de que el mundo social al igual que el natural es estable, regular e independiente de las personas. Pero si esta última asunción es falsa, como creemos haber demostrado, entonces la supuesta universalidad de los modelos conceptuales de enfermería queda seriamente cuestionada.

Paradigma interpretativo o hermenéutico

El origen de este enfoque, según Carr y Kemmis¹⁸, se halla en el interés de los teólogos protestantes del siglo XVII en demostrar cómo de la lectura directa de la Biblia podría extraerse su sentido (exégesis) sin mediar la interpretación de la jerarquía eclesial.

La segunda fuente de influencia se halla en los trabajos de la primera antropología científica⁷; relatos detallados y completos o descripciones monográficas de la forma de vida de los pueblos que eran “ethnoi” (los otros, en griego); relatos que como los de Malinowski y Mead son la base de la actual etnografía.

El tercer factor histórico determinante de esta tradición, fue la influencia de la Teoría Social alemana del XIX. En esa época, de marcado clima positivista, científicos sociales como Simmel, Rickert, Weber y Dilthey sostenían que la base epistemológica de las ciencias sociales debía buscarse en la noción de “interpretación hermenéutica” y no en la de “explicación causal”. En otras palabras, la tradición interpretativa

alemana sostenía que existen notables diferencias entre las ciencias naturales y las ciencias sociales; diferencias metodológicas y epistemológicas derivadas de la gran disimilitud de sus objetos de conocimiento. Es una falacia pretender acceder a la realidad humana -social o sanitaria- con los métodos positivistas, ideales no obstante, para objetos estables, regulares e independientes del sujeto. Los seres humanos difieren de los animales y de los objetos inanimados por su capacidad de encontrar y compartir significados (Leininger²², Morse²³).

Para Leininger²² los atributos del cuidado van más allá de las “respuestas humanas” y es imprescindible incluir los contextos donde se desarrollan los comportamientos humanos, los valores y las creencias subjetivas que son las verdaderas fuentes del conocimiento enfermero. “El carácter objetivo de la sociedad (y de la salud), por tanto, no es una realidad independiente a la que están sujetos, no se sabe cómo, los individuos. Por el contrario, la sociedad posee cierto grado de objetividad gracias a que los actores sociales, en el proceso de interpretación de su mundo social, la exteriorizan y objetivan”²⁵.

Así pues, la característica definitoria de la “acción de cuidar” es su significado subjetivo, y no tanto su consecuencia comportamental o conductual.

Para Carr y Kemmis¹⁸, la noción de significado subjetivo está íntimamente vinculada a la distinción entre “acción humana” y “conducta humana”. Lo propio del ser humano es la acción y no la conducta.

Esta distinción se hace patente al comprender que el “comportamiento” de los objetos inanimados sólo se hace inteligible cuando se le adjudica una interpretación. Afirmar que los gases aumentan su presión con la temperatura refleja el modo en que la física, por medio de relaciones causales, atribuye un sentido al “comportamiento del gas”, sin que esa explicación que se le atribuye nada acerca del sentido que tiene para los gases su “propio comportamiento”.

El comportamiento humano, sin embargo, está principalmente constituido por acciones, siendo característica definitoria de las mismas poseer un sentido para quienes la realizan y en convertirse en inteligibles sólo en la medida en que se conoce el sentido que le atribuye el actor individual. “Por eso las acciones no pueden observarse del mismo modo que los objetos naturales. Sólo pueden ser interpretadas por referencia a los motivos del actor, a sus intenciones (...) y al contexto social dentro del cual adquieren sentido tales intenciones”¹⁸.

Desde la perspectiva interpretativa, los métodos cualitativos de investigación son vistos como ideales para acceder a una comprensión racional del ser humano, en todas sus dimensiones. Para Leininger²² la conveniencia de utilizar estos métodos se funda en los siguientes puntos:

- Los métodos cualitativos son muy valiosos para estudiar a las personas en sus escenarios naturales, igualmente son valiosos en el descubrimiento del significado de las situaciones clínicas y su relación con la práctica de enfermería.
- Las creencias históricas, filosóficas y epistemológicas de la enfermería están profundamente arraigadas en los servicios humanos a las personas y esas raíces pueden ser mejor estudiadas por métodos cualitativos que cuantitativos.

- La característica central de la enfermería es el cuidado y para descubrir aquello que mejor lo define se requieren métodos cualitativos. Sólo con la observación detallada y participante pueden las enfermeras conocer el verdadero significado del cuidado dentro del contexto de la salud.
- Enfermería es un campo humano de estudio y de práctica y eso significa que los modelos holísticos de cuidado deberán ser estudiados e identificados. Los métodos cualitativos son esenciales para explorar el enfoque holístico de los fenómenos enfermeros.

Crítica al planteamiento interpretativo

Estas críticas se realizan desde el paradigma sociocrítico, que más adelante detallaremos. Se afirma que la ciencia social interpretativa se preocupa exclusivamente de clarificar las intenciones y significados de los actos sociales; además, se critica que el enfoque interpretativo, al separar los ámbitos de las ciencias naturales (explicación) y las sociales (comprensión), excluye la posibilidad de investigar sobre ciertos aspectos de la realidad social que el enfoque sociocrítico considera de máxima importancia; aspectos como, por ejemplo, el origen de la interpretación que los individuos hacen de la vida social, el conflicto, el cambio social..., y es éste el principal defecto del enfoque interpretativo de la relación teoría-práctica. Es decir, si el enfoque interpretativo admite que la realidad social se construye a partir de los significados subjetivos de las personas, no puede (como en realidad hace) eliminar las cuestiones que determinan tales significados, cuestiones como la realidad social.

La realidad social no nace a partir de las interpretaciones de las personas, sin que ella misma determine cuáles deben ser esas interpretaciones. La estructura social, además de ser el producto de los significados y actos individuales, a su vez produce significados particulares, garantiza la continuidad de estos y, por tanto, limita la gama de actos que los individuos pueden realizar¹⁸.

Otra crítica a este enfoque se centra en su insistencia en que la única validación a las explicaciones de la vida social (el centro asistencia, el aula) debe ser la compatibilidad con los autoentendimientos de los sujetos. La objeción mantiene que muchos de los autoentendimientos del sujeto están distorsionados ideológicamente por obra de ciertos mecanismos sociales⁶. Ahora bien (esta idea nos parece muy interesante), cualquier explicación sobre esa conciencia equívoca es por definición inaccesible al sujeto a que se aplica; está desconectada del sujeto (no es compatible con su autoentendimiento) y por ello no es admitida por el enfoque interpretativo.

Así, el enfoque interpretativo elimina la posibilidad de analizar los autoentendimientos distorsionados y los propósitos a los que estos sirven. El enfoque sociocrítico no acepta la explicación interpretativa de la relación teoría-práctica, cuando confirma que (esa explicación) no es capaz de explicar la relación entre las interpretaciones que de la realidad hacen las personas y las condiciones sociales en las que se producen esas interpretaciones.

Desde otro punto de vista, se acusa a la teoría interpretativa de conservadora para con el orden social (incorpora supuestos conservadores acerca del conflicto y el cambio), ya que se aduce que tal teoría percibe el conflicto como discrepancias de las interpretaciones que las personas tienen sobre la realidad y no como contradicciones

en esa realidad. Es decir, se intenta reconciliar a la persona con la realidad ya existente. La teoría interpretativa (cuando surge el conflicto) incita a que la gente cambie lo que piensa acerca de lo que hace en vez de sugerir maneras de cambiar lo que hace. No es interés de la teoría interpretativa la crítica del statu quo social.

En definitiva, ni la teoría interpretativa (práctica reflexiva) ni el positivismo son capaces de resolver el problema de la relación teoría-práctica en enfermería^{5,6,25}. No pueden resolver la tensión entre el discurso práctico del cuidado y el discurso teórico de la investigación enfermera.

Paradigma sociocrítico: la escuela de Frankfurt

La visión que ha venido a denominarse sociocrítica se inicia de un modo institucional con la creación, en los años 20, del Instituto de Investigaciones Sociales de Frankfurt. En torno a él se agrupan una serie de pensadores alemanes caracterizados por el pensamiento crítico, inspirado en el marxismo, revisado y ampliado con aportaciones del psicoanálisis y la fenomenología. Su propósito común es teorizar la crisis de valores (individual y colectiva) en las sociedades liberales postindustriales. Tema central de su trabajo es el análisis del papel de la ciencia y la tecnología en las sociedades modernas y su vinculación con el poder. Tratan de reconsiderar la relación teoría - práctica desde posiciones contrarias al positivismo entendido como la base ideológica de la cultura del siglo XX¹⁸.

Sus concepciones epistemológicas y sus propuestas metodológicas son similares a las del paradigma interpretativo, añadiendo a estas últimas: un componente de crítica ideológica, es decir, el para qué de la acción, las relaciones sujeto-objeto en la sociedad y el papel de los valores en ese proceso.

El instituto fue creado por Max Horkheimer en 1924. Lo acompañan en esa primera generación de la después denominada Escuela de Frankfurt nombres como T. Adorno, H. Marcuse y E. Fromm. Les unía la convicción de que el principal producto del positivismo, la razón instrumental, crear una noción ideológicamente deformada de la realidad, transformando problemas “prácticos” en problemas “técnicos”, siendo la última responsable de la “sociedad del consentimiento”.

En síntesis, “criticaban los cimientos mismos de una sociedad tecnocrática en la que las ideologías de carácter cientifista y tecnicista pretendían haber eliminado los problemas y los debates estrictamente políticos mediante el privilegio de una racionalidad estrechamente instrumental y que se pretende valorativamente neutra”¹⁵.

El primer objetivo de la Escuela de Frankfurt era emancipar intelectualmente al sujeto de las tenazas de la racionalidad instrumental, impulso que se estructura en la denominada “teoría crítica”.

La primera generación de frankfurtianos analiza el proceso mediante el cual el modelo de explicación y la epistemología de las ciencias naturales se traslada a las ciencias humanas. Ven cómo en la primera mitad del siglo XX la explosión de la ciencia cambia el modo de pensar de los hombres y, lo que es más grave, cambia la idea que se tiene acerca de papel de la razón; la razón es reemplazada por la técnica, es decir, el pensamiento crítico acerca de la sociedad es reemplazado por la norma científicista¹⁸.

Habermas ha demostrado cómo la ideología científicista (la ciencia tecnocrática) se diferencia de las anteriores formas de legitimación, incluida la burguesa. “El trasfondo ideológico que domina en la actualidad y que hace un fetiche de la ciencia es mucho más irresistible y de mayor alcance que las ideologías de antiguo cuño. Porque, al correr un velo sobre los problemas prácticos, no sólo justifica los intereses de una determinada clase por dominar y reprimir la necesidad de emancipación de otra determinada clase, sino que afecta a las ansias de liberación de la raza humana como tal”¹⁹. El núcleo ideológico de esta conciencia tecnocrática consiste, para Habermas, en la eliminación de la diferencia entre técnica y praxis.

En este contexto teórico debe entenderse la noción de ideología como representación falseada de la realidad. Desde esta perspectiva, la teoría crítica intenta demostrar cómo la ciencia ideológicamente - deforma y distorsiona la realidad social, moral y política, ocultando las causas de los conflictos y sometiendo a las personas a relaciones de poder.

¿Cómo opera esa “ingeniería del consentimiento”, cuál es el mecanismo mediante el cual la ciencia, ideológicamente, reproduce y legitima el orden social imperante, básicamente desigual?. La respuesta se halla en la falsa dicotomía que establece la ciencia entre hecho y valores, entre pensamiento y acción o mejor dicho entre teoría y práctica. Cuando el modelo positivista de las ciencias naturales es traspasado a las ciencias sociales, se traspasa, además, una “racionalidad conformista”, que postula la neutralidad del conocimiento científico, pues éste debe ocuparse únicamente de lo fáctico, de los hechos. De este modo, el positivismo deja fuera de sus supuestos, por carecer de sentido según su epistemología, las cuestiones referentes a la dimensión ética e ideológica del ordenamiento social.

Para los frankfurtianos, afirmar que el conocimiento positivista de la sociedad es neutral y objetivo, considerar a la ciencia como un sistema neutral y abstracto, y al que no afecta ningún tipo de valores o intereses sociales, es ignorar que dicha sociedad está construida socialmente y que en ella residen valores e intereses a menudo contrapuestos.

Sostienen que el conocimiento científico reproduce ideológicamente el “statu quo” (esencialmente injusto), ya que sólo se ocupa de los hechos, reflejando una realidad (social o sanitaria) constituido por modelos de denominación y estructuras de privilegio.

Aceptar dicho conocimiento como verdadero es hipotecar la posibilidad de transformación del orden social existente, impidiendo que se manifiesten los valores de justicia e igualdad. Desde este punto de vista, el conocimiento parece demostrado que el científico es ideológico (Meleis³, Holter⁵, Clare⁶, McLean⁷, Habermas⁹, Horkheimer¹⁰, Larrosa¹⁵, Hiraki²⁵, Popkewitz³²). Un ejemplo de lo antedicho lo presenta Habermas cuando explica cómo el modelo de gestión empresarial (científica) sanitaria se transforma en ideológico porque los problemas de efectividad y control de la producción, políticos o administrativos pero nunca neutrales, se neutralizan al transformarlos en científicos: “La institucionalización del desarrollo científico y tecnológico lleva a la práctica no la racionalidad como tal, sino, y en nombre de la racionalidad, una forma específica y no reconocida de dominación política”¹⁹.

Después de denunciar la epistemología positivista y los efectos -sociales y políticos- de la ideología científicista, presentando los estrechos vínculos entre los subsistemas

social, económico y científico, la Escuela de Frankfurt construye su alternativa intentando recuperar de la filosofía clásica un pensamiento práctico y axiológico que se ocupe de los valores y juicios del hombre. Para ello vuelve su mirada hacia Aristóteles y su concepto de praxis.

Carr y Kemmis¹⁸, sostienen que para el filósofo peripatético la praxis era más un “obrar” que un “hacer”; sus *telós* o finalidad era la sabiduría y la prudencia para la acción; ejemplos de actividades prácticas eran la política, la ética y la educación. Aristóteles la diferenciaba claramente de las actividades “productivas”, cuyo *telós* era la producción de algún objeto, y de las actividades teóricas cuyo *telós* era la adquisición de conocimiento en sí mismo.

Las actividades productivas generaban un tipo de conocimiento llamado “*poietiké*” y su expresión en la acción era la “*tejné*”, o disposición para actuar en función de una regla. Este acto productivo estaba orientado hacia la utilidad del producto, y la situación en que ese acto tenía lugar no era importante sino en la medida que contribuyese a la producción. La “*tejné*” guía la acción pero no resulta necesariamente modificada por ella, no cambia aunque el técnico vaya adquiriendo mayor habilidad y competencia en su oficio. El conocimiento técnico no es reflexivo.

Este modo de racionalidad es la que hoy representa la ciencia positivista; es la razón instrumental. En el contexto de la enfermería, el conocimiento técnico hace referencia los procedimientos o métodos claramente definidos por unas reglas invariables o protocolos de actuación, por ejemplo, técnicas de punción (i.m., i.v., s.c.), técnicas de sondaje (vesical, nasogástrico), técnicas de fisioterapia respiratoria (aerosolterapia, vibraciones), técnicas para determinar las cargas de trabajo de una unidad, técnicas para facilitar la comunicación con el usuario, etc. El problema surge cuando la función de la enfermera (el cuidado), que desde nuestro punto de vista es una praxis, en el sentido aristotélico, queda regulada -reducida- por la racionalidad técnica, transformando problemas prácticos en técnicos; es decir, el valor regulativo de la ética queda reducido a la ética de la eficacia.

La actividad práctica se diferencia de la *poietiké* o *tejné* porque es una acción que se modifica a sí misma a su base de conocimientos, en función de sus consecuencias. Su guía no es ya la “utilidad de un producto” sino una “disposición moral a obrar correctamente”. En la *tejné* el pensamiento es preeminente porque guía la acción; en la praxis pensamiento y acción (teoría y práctica) son mutuamente constitutivos, donde las ideas que orientan la acción se hallan tan sometidas a modificación como el acto mismo¹⁸.

Esta distinción entre técnica y práctica es la que según McLean⁷, sustenta y distingue las dos corrientes principales de la actual interpretación del currículum y la educación en enfermería. La predominante en la actualidad (o por lo menos hasta finales de los 80) es la técnica, debido, sobre todo, al enorme impacto producido por la explosión científica de la primera mitad del siglo. De ese modo, lo que antes se contemplaba (praxis) como algo que posibilitaba la propia ilustración, hoy se halla cautivo de los rigores metodológicos del positivismo. En los años 70, la noción de teoría cambia y pasa a significar un conjunto de enunciado legaliformes que explican, predicen y controlan un estado de cosas, concepto ampliamente extendido en el universo de la enfermería. Lo práctico quedó englobado en lo técnico; se eliminó la diferencia entre técnica y praxis. Será de esa “razón pervertida” de la que los frankfurtianos tratarán

de advertirnos en su Teoría Crítica. Esta reducción de la razón práctica a razón técnica genera una serie de conflictos en la enfermería, en su enseñanza y en su desarrollo como profesión. Cuando la enfermería, en un legítimo intento de ser reconocida como profesión autónoma, ha basado sus prácticas educativas en reglas prescriptivas que adoptan la forma de objetivos conductuales, debido a la supuesta científicidad que estas formas pedagógicas poseen, está en realidad constriñendo, más que facilitando, el progreso hacia la autonomía y la responsabilidad de los futuros profesionales.

Los educadores enfermos deberían reconocer que la ideología técnica produce control y sumisión permitiendo y fomentando en las estudiantes la posibilidad del desarrollo de su capacidad crítica con la existencia de creencias y prácticas sociales que los afectan”⁶.

Habermas: actualización de la tradición crítica

El heredero y quizás liquidador de la Escuela de Frankfurt es Jurgen Habermas. Una de las aportaciones más significativas de Habermas es la de haber unificado el aspecto teórico que se había fragmentado después de la crisis del marxismo. La elaboración de ese espacio común teórico la realiza en dos momentos. En los años 60 “lee” la filosofía analítica y entra en polémica con los positivistas (la formación de Habermas es el idealismo alemán: Hegel y Marx). Con posterioridad “lee” a los estructuralistas franceses (postmodernos) generando la polémica modernidad-postmodernidad.

Dentro de la primera polémica, Habermas construye una ciencia social crítica a caballo entre la filosofía y la ciencia. En primer lugar, Habermas critica el monismo metodológico positivista; niega la unidad metodológica entre las ciencias naturales y las sociales. Ante la pretendida objetividad y neutralidad valorativa del conocimiento empírico-analítico. Habermas elabora su Teoría de los Intereses Constitutivos de saberes, en la que intenta revelar cómo los diferentes saberes están determinados por el interés humano al que sirven. El conocimiento, cualquier conocimiento, no es independiente de la realidad (objetivo), no es producto de una mente ajena a las preocupaciones diarias, sino que se genera a partir de los intereses son universales y trascendentes (ahistóricos). Se constituyen en condición de posibilidad de cualquier acto de pensamiento y acción. A continuación pasamos a describirlos.

Técnico. Es el interés del control técnico; el saber resultante es la racionalidad instrumental; el tipo de explicación es la causal. Aunque este saber es el responsable del progreso experimentado por la producción material, es incapaz de explicar el “dominio simbólicamente estructurado de la acción comunicativa”, es decir, es incapaz de acceder, debido a su lógica y metodología, a los significados y autoentendimientos que constituyen la realidad social.

Es la base del actual positivismo. Hoy día sigue ejerciendo una elevada influencia en el ámbito de la investigación, de la asistencia y de la enseñanza en enfermería (Holter⁵, Clare⁶, McLean⁷, Hiraki²⁵). Si examinamos la conveniencia de los modelos de objetivos conductuales para enfermería en la presente década, usando el marco de los intereses constitutivos de saberes de Habermas, vemos que las prácticas educativas en enfermería no han seguido los mismos pasos que los cambios en el “ethos” de la práctica del cuidado en los años 90. La enseñanza de la enfermería debería trasladar su centro de interés desde un currículum técnico hacia unos principios humanísticos y

una reflexión crítica más compatibles con los actuales valores aceptados en la profesión⁷.

Práctico. El saber resultante es el hermenéutico o interpretativo, capaz de “comprender” más que de “explicar; es un entendimiento interpretativo capaz de guiar el juicio práctico. Sin embargo, Habermas no cree que el interpretativo sea el saber idóneo para las ciencias sociales. Si bien permite conocer los significados objetivos que configuran la vida social, no alcanza a explicar el contexto social objetivo que condiciona dichos significados.

No puede explicar de qué manera la comunicación se distorsiona por las condiciones sociopolíticas imperantes. Estos planteamientos son defendidos por autoras como Leininger²² y Morse²³. Sin embargo de lo que no cabe duda, es de gran aportación que los métodos de investigación que se sustentan en la racionalidad práctica están realizando para su desarrollo del conocimiento enfermero, más acorde con los planteamientos filosóficos de la disciplina y con su “objeto” de conocimiento^{3, 6, 22, 23}.

Emancipatorio. Habermas cree que el interés práctico se transforma en emancipatorio cuando se identifican las condiciones alienantes para el sujeto, aquellas que distorsionan el interés humano para con la autonomía racional y la libertad. Autoras representativas de este enfoque son Holters⁵, Clare⁶ y McLean⁷.

Dado que ni el método científico ni el interpretativo son suficientes para dar cuenta de las complejas interrelaciones que se establecen entre la estructura social objetiva y los autoentendimientos subjetivos que son a la vez causas y consecuencia de esa estructura. Habermas postula el método de la crítica ideológica, el cual integra, y al mismo tiempo supera, al método científico y al interpretativo como método ideal demandado por la ciencia social crítica. Este método pretende analizar las formas de opresión (política, social, sanitaria, educativa) y se centra en los tipos de racionalidad que las legitiman. Para Habermas la presión ideológica es la causante de que el individuo comprenda de modo erróneo su situación, de modo impuesto e ilusorio, aceptando acríticamente un orden social que le impide identificar y perseguir sus legítimos intereses.

Con la demostración de cómo la ideología falsea la realidad distorsionando los contenidos de la conciencia individual, el método de la crítica ideológica revelará según Habermas, la naturaleza engañosa de aquella, privándola de su poder. En una extrapolación de estas tesis el ámbito de la educación en enfermería. Clare⁶ sostiene que la enseñanza de la enfermería es un proceso político (en el sentido de que contiene intereses diversos y a menudo contrapuestos que generan conflictos y relaciones de poder) que reproduce las prácticas tradicionales.

Según esta autora, “las ideologías dominantes incrustadas en los procesos de educación y de asistencia dan forma y contenido a la conciencia de los profesores, estudiantes y enfermeras, dirigiéndolos hacia la conformidad y la sumisión para con las prácticas establecidas en las instituciones hegemónicas”⁶.

Las instituciones como la escuela o el hospital son “instituciones totalitarias” y hegemónicas, puesto que los intereses, creencias y valores de los grupos dominantes de la sociedad está insertos en el mismo diseño de esas “estructuras hegemónicas” y, por tanto, en la conciencia de aquellos que trabajan asisten a ellas. Esta autora afirma que la hegemonía es la habilidad de las culturas dominantes para ejercer el

control social y para legitimar ese control a través de las conciencias de las personas que aceptan esa forma parcial de ver el mundo como la única posible. A través del proceso de socialización, los futuros profesionales de enfermería aprenden a pensar y a actuar en las formas que son definidas por los grupos tradicionalmente dominantes en los sistemas de salud y educativos (médicos, profesores y profesoras) y que aquellos aceptan como puntos de vista “naturales” de la realidad social, sanitaria y educativa⁵. Por ejemplo, presentar el método científico inspirado en el positivismo decimonónico como el “único método” legítimo para enfermería, si éste quiere alcanzar el status de ciencia y profesión autónoma.

Desde el punto de vista, la educación en enfermería no es únicamente un proceso de aprendizaje. Sino que ayuda a crear y legitimar formas de conciencia que refuerzan y legitiman las estructuras hegemónicas: “Lo que se considera conocimiento está estrechamente relacionado con los intereses y con el poder de los grupos sociales... Lo que cuenta como conocimiento en la escuela es un reflejo de la distribución de poder en la sociedad y de los principios de control social en los que veladamente se fundamenta”.

Van siendo numerosas las voces (Meleis³, Holter⁵, Clare⁶, McLean⁷, Hiraki²⁵, Meyer³³, Bevis y Murray³⁵) que desde la enfermería sostienen que la autonomía de la profesión pasa por la práctica de una educación crítica y emancipatoria, que ayude al estudiante a superar las contradicciones que experimenta y a mostrarse crítico y en desacuerdo con la aceptación incondicional de las rutinas prácticas y la utilización del conocimiento creado por otros. En resumen, se afirma que cambiar el currículum de enfermería y la asistencia al usuario sin transformar las condiciones de su práctica sólo incrementará la frustración de enfermeras/os, profesores y alumnos.

Bibliografía

1. Icart MT, Caja C. Investigar en enfermería, ROL, 133:63-67
2. Wright GH. Explicación y comprensión. Madrid, Alianza Universidad, 1987:13
3. Meleis A. Theoretical Nursing. Development & Progress. 2a edición, Philadelphia: Lippincot, 1991
4. Cull-Willby, B. Toward a coexistence of paradigms in nursing knowledge development. J. Advan Nursing 1987; 12: 515-521
5. Holter L. Critical Theory: A foundation for the Development of Nursing Theories. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 1988; 2:223-229.
6. Clare J:A. challenge to the rhetoric of emancipation: recreating a professional culture. J. Advan Nursing 1993; 18: 11.033-1.038
7. McLean BL. Technical curriculum models: are they appropriate for the nursing profession? J. Advan Nursing 1992; 17:871-876
8. Morey M. El hombre como argumento. Barcelona: Anthropos, 1989:20
9. Habermas J. Ciencia y tecnología como ideología; Madrid: Tecnos. 1981
10. Horkheimer M. Crítica de la Razón Instrumental. Buenos Aires, SUR, 1973
11. Harris M. El Materialismo dialéctico. Madrid; Alianza Universal, 1987
12. Popper K. La Lógica de la Investigación científica. Madrid: Tecnos, 1985
13. Pla M. Currículum y educación. Campo semántico de la didáctica, Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, 1993
14. Fernández Buey F. La ilusión del método. Ideas para un racionalismo bien atemperado, Barcelona: Crítica. 1991
15. Larrosa J. El trabajo epistemológico en Pedagogía, Barcelona PPU, 1990
16. Draper P.A. Critique of Fawcett's Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. J. Advan Nursing 199s. 18:558, 564
17. Arial J. del Rincón D. Latorre. A Investigación Educativa. Fundamentos y metodología, Barcelona, Labor, 1992

18. Carr W Kemmis S. Teoría Crítica de la Enseñanza, Barcelona, Martínez Roxa, 1988
19. Habermas J. Conocimientos e interés. Madrid Taurus, 1982
20. Martínez M. La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método. México, Trillas, 1982. 16
21. Witrock M. La investigación de la enseñanza. Barcelona, Piados, 196
22. Leininger M. Qualitative Research Methods in Nursing Orlando, Grupe and Stration, 1985
23. Field P. Morse J. Nursing research application of qualitative aproache. London: Sage. 1985
24. Cox L. Abraham L. The nature of inquiry: Linking quantitative and qualitative research. Adv Nursing set 1993; 16:73-79
25. Hikari A. Tradition rationality and power in introductory nursing textbooks: a critical hermeneutics study. Adv Nursing Set 1992; 14:1-12
26. Cohen E. La enfermera y su identidad profesional. Barcelona, Grijalbo, 1988
27. Fawcett J. Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Philadelphia; Davis 1984
28. Codd J. Filosofía en acción. En Bates R. Practica Crítica de la Administración educativa. Valencia Servei de Publicacions de la Universitat de Valencia, 1989:158
29. Benner P. Práctica progresiva de enfermería. Manual de comportamiento
30. Hanson, N. R. Patterns of discovery Cambridge. University Press, 1958
31. Navarro, V. La medicina bajo el capitalismo. Crítica, 1979
32. Popkewitz, T. S. Paradigma e ideología de la investigación educativa. Madrid. Mondadori.
33. Meyer, J. New paradigm research in practice: the trial and tribulations of actions research. J Adv Nursing 1999; 18:1066-72
34. England, G. Tres formas de entender la administración educativa en Barnés, B. Práctica crítica de la administración educativa. Valencia, Servit Publicaciones de la Universidad de Valencia
35. Bevis, F. Marras. The essence of curriculum revolution: emancipatory teaching. Nursing Education 29: 237-330

EL DEBATE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA FRENTE A INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

JULIO CABRERA GARCÍA y MIGUEL RICHART MARTÍNEZ
Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

Resumen

En este artículo se aborda el debate sobre la elección entre la investigación cualitativa y cuantitativa. En una primera parte, se ofrece un panorama general de la discusión, y se sostiene la tesis de que ambos tipos de investigación no obedecen necesariamente a paradigmas de investigación diferentes, y aún en el caso que se acepte la visión paradigmática de la distinción entre ambas metodologías, tampoco existe una conexión lógica que adscriba uno u otro tipo metodológico a cualquiera de ambos paradigmas. En una segunda parte se sitúa el debate desde la perspectiva específica de la investigación enfermera, destacándose que históricamente, y en la actualidad, el grueso de la investigación de enfermería es cuantitativa, y que la prospectiva para el futuro de la misma va en la misma dirección. Se constata, sin embargo, que en los últimos años existe un auge y vindicación a favor de la investigación cualitativa. En enfermería también se asiste a un debate excluyente entre ambos tipos de investigación. El artículo acaba exponiendo una alternativa que, aunque con frecuencia será inviable y no razonable, supone una síntesis: la triangulación o coalición entre ambas metodologías.

Palabras clave: Investigación en enfermería. Investigación cualitativa. Investigación cuantitativa.

The debate on qualitative versus quantitative investigation

This article covers the debate on the choice between the qualitative and quantitative investigation. In the first part, a general overview of the discussion is provided, sustaining the thesis that both types of investigation do not necessarily obey paradigms of different investigation, and even if the paradigmatic version of the distinction between the two methodologies is accepted, neither is there a logical connection attributing either methodology to either of the two paradigms. In the second part, the debate is undertaken from the specific perspective of investigation in nursing, emphasizing that historically, and at present, most nursing research is quantitative with the future prospects following the same line. Nonetheless, in recent years there is a clear trend and vindication in favor of qualitative investigation. The article closes with an alternative which, although is often inevitable and not reasonable, is a synthesis: the triangulation or coalition between both methodologies.

Key words: Nursing investigation. Qualitative investigation. Quantitative investigation.

Introducción

Uno de los debates más intensos de hoy día en la investigación en enfermería se centra en las diferencias y bondades de los métodos de investigación cualitativos y cuantitativos. El objeto de este artículo, es precisamente, presentar las líneas más importantes de esta discusión, tanto desde una perspectiva general como, y especialmente, desde el ámbito de la investigación científica en enfermería.

Por métodos de investigación cuantitativos se entienden los diseños experimentales y cuasiexperimentales, la investigación por encuesta, los cuestionarios estandarizados, los registros estructurados de observación, las técnicas estadísticas de análisis de datos, etc. Las técnicas cualitativas de investigación incluyen la teoría fundamentada en la realidad (*grounded theory*), la investigación histórica, la investigación fenomenológica, las historias de vida, la investigación-acción, etc.

En términos de Abdellah y Levine¹, la investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan los datos cuantitativos sobre variables. La investigación cualitativa evita la cuantificación: es una investigación sin medición. En vez de medir variables, los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. Este material puede ser registrado literalmente, transformado en códigos, grabado en audio o video, etc.

Para Strauss², la diferencia fundamental entre ambos tipos estriba en que la investigación cuantitativa se centra en el estudio de las relaciones entre variables cuantificadas, mientras que la investigación cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales.

Relaciones entre paradigmas de investigación y tipos de investigación

Cada uno de estos tipos metodológicos tiene sus partidarios y usuarios, que normalmente son detractores, a su vez de los otros métodos³. Recogemos la opinión que desde el ámbito de la investigación evaluativo mantienen Reichardt y Cook sobre el grado de artificiosidad y esterilidad de este debate no exento, sin embargo, de cuestiones sustantivas.

Las discusiones no sólo se centran en la superioridad o no de unas técnicas sobre otras, sino también, más virulentamente, en la presunta radicalidad distinta de ambas metodologías. Según esto último, no se trataría de elegir entre unas u otras técnicas, sino de la adhesión a posturas paradigmáticas distintas. (En palabras de Denzinger y Lincoln⁴: “El positivismo afirma que se pueden lograr explicaciones (*accounts*) del mundo. La investigación cualitativa ofrece, por otro lado, la oportunidad de centrarse en hallar respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana”).

El paradigma cuantitativo se caracteriza por una concepción global asentada en el positivismo lógico, el uso del método hipotético deductivo, su carácter particularista, orientado a los resultados, el supuesto de la objetividad y, es el paradigma de las ciencias naturales. El paradigma cualitativo asume una postura fenomenológica, global, inductiva, estructuralista, subjetiva, orientada al proceso y propia de todas las disciplinas que tienen como tema de estudio la dimensión psicosocial de lo humano.

Lincoln y Guba⁵ llegan a hablar de posturas ontológicas distintas entre ambos tipos metodológicos.

A veces este debate entra de lleno en el terreno de las mixtificaciones: la investigación cualitativa no es científica, subjetiva, de generalidad limitada y blanda; la investigación cuantitativa es superficial, extrañada de la realidad, sometida a un empirismo estéril y duras. Esta tensión guarda relación con el desarrollo histórico de las ciencias sociales y el advenimiento de la modernidad (cf. Hardey⁶). La investigación cuantitativa es sinónimo de rigor y de procedimientos fiables que definen el método científico. La investigación cualitativa está vinculada en sus orígenes al estudio de la sociedad, pero para revelar hipótesis explicativas de validez universal; fino comprometida con las interpretaciones del mundo social según sus propios agentes⁷.

La versión paradigmática de ambos tipos de investigación se basa en dos supuestos. Se supone en primer lugar, que la adhesión a un paradigma proporciona los medios adecuados y exclusivos de escoger entre los tipos de métodos. Si las concepciones del mundo son distintas en ambos paradigmas, entonces también han de ser las opciones metodológicas empleadas. Y, en segundo lugar, ambos tipos de paradigmas son mutuamente exclusivos y casi exhaustivos. Para Reichardt y Cook³ esta perspectiva paradigmática constituye un error y, específicamente, las dos suposiciones implicadas -vinculación-paradigma-método- y elección forzada entre ambos paradigmas son falsas (tabla 1).

| Paradigma cualitativo | Paradigma cuantitativo |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Métodos cualitativos | Métodos cuantitativos |
| Fenomenología y comprensión | Positivismo lógico |
| Observación naturalista, sin control | Medición penetrante y controlada |
| Subjetivo | Objetivo |
| Dentro de los datos | Desde fuera de los datos |
| Exploratorio, inductivo, descriptivo | Confirmatorio, inferencial, deductivo |
| Orientado al proceso | Orientado al resultado |
| Datos “ricos y profundos” | Datos “sólidos y repetibles” |
| No generalizable | Generalizable |
| Holista | Particularista |
| Realidad dinámica | Realidad estática |

TABLA 1. Rasgos de los paradigmas cualitativo y cuantitativo

Reichardt y Cook discuten todas estas características polares adscritas a ambos paradigmas, y muestran que es errónea la atribución una a una de las características supuestamente definitorias y excluyentes de ambos paradigmas. Por ejemplo, con respecto a lo subjetivos con lo objetivo, hay que aclarar que lo subjetivo tiene al menos dos significados. Lo subjetivo es (1) lo influido por el juicio humano y, desde esa acepción, tanto lo cualitativo como lo cuantitativo son subjetivos. Un segundo significado tiene que ver con la medición de los sentimientos y las creencias. Muchas técnicas psicométricas o sociométricas se ocupan cuantitativamente de la medición de sentimientos, actitudes, valores, emociones, creencias-, no existe, entonces un monopolio de lo cualitativo sobre la esfera de la subjetividad. Otro eje del debate: se mantiene que los métodos cualitativos son básicamente exploratorios, inductivos, frente a los métodos cuantitativos, que son de utilidad confirmatoria y de naturaleza hipotética-deductiva. Sin embargo, dos “padres” de la investigación cualitativa,

Glaser y Strauss creadores de la teoría fundamentada en la realidad, afirman: “no existe choque fundamental entre los fines y las capacidades de los métodos cualitativos y cuantitativos...creemos que cada forma de datos resulta útil tanto para la comprobación de la teoría como para la generación de la teoría, sea cual fuere la primacía del énfasis” (cit por Reichardt y Cook³). Es decir, los métodos cualitativos no son sólo para formular preguntas, ni los métodos cuantitativos sólo para responderlas.

Aunque se puede mostrar que los atributos asignados a cada uno de los dos paradigmas no son necesariamente característicos de uno y otro, tampoco por ello hay que negar la importancia de la elección paradigmática, ni tampoco que determinados métodos sean preferidos por paradigmas específicos. Lo sustancial es que los paradigmas no son determinantes únicos de las elecciones metodológicas: la situación y el tema de estudio son cruciales. Supongamos que queremos realizar un diagnóstico comunitario en una población de 2,500 habitantes. Podemos, en primer momento, considerar la posibilidad de realizar una encuesta sobre una muestra representativa de la población. Supongamos, además, que tenemos datos sobre otras encuestas de este tipo en varias poblaciones con una estructura social y económica muy similar a la nuestra. ¿Tiene en este caso, sentido realizar una costosa encuesta a una muestra aleatoria a 400 personas? ¿No sería más útil realizar entrevistas con informantes claves de la comunidad: personal sanitario, autoridades municipales, representantes de asociaciones de la comunidad, etc., o realizar varios grupos de discusión con similares agentes? Además, cualquier opción debería contemplar también los datos secundarios disponibles (normalmente cuantitativos).

Reichardt y Cook, demuestran, pues, que no existe conexión lógica entre paradigma y tipo metodológico, ni tampoco existe consistencia interna entre los elementos postulados para cada paradigma. Es más, se aboga por la popularidad metodológica, en la que la situación y el tema de estudio supongan los principales determinantes de la estrategia metodológica. Esto no significa, necesariamente una forma simple de colaboración metodológica, que con cierta frecuencia emplean autores cuantitativistas, que suponga emplear lo cualitativo en las fases primeras de la investigación, con propósitos exploratorios como operacionalizar variables o desarrollar instrumentos de medición y, continuar ya hasta el final con lo cuantitativo, justo cuando comienza la investigación “en serio”. El desarrollo que se anuncia se refiere a una colaboración más amplia: la triagulación⁶.

La discusión cualitativo-cuantitativo desde la perspectiva específica de la investigación en enfermería

El marco científico para muchos líderes de la investigación en enfermería, como Abdellah y Levine⁸ y Polit y Hungler⁹ sería principalmente el paradigma cuantitativo. Incluso la distinción cualitativa-cuantitativa es reciente y, al menos en enfermería, la investigación científica ha sido sinónimo de investigación cuantitativa. Tanto es así que Abdellah y Levine llegan a proponer que una terminología más correcta sería la distinción entre investigación e investigación cualitativa, reservándose este último término para la investigación cuya metodología es enteramente cualitativa, y el primero para la investigación cuantitativa.

La historia de la investigación cuantitativa en enfermería, es de hecho, la historia de la investigación en enfermería. La investigación temprana en enfermería y en hospitales fue mayoritariamente cuantitativa, y muy probablemente lo sea así en el

futuro. Debemos recordar que Nightingale -la primera enfermera investigadora- fue una estadista competente, y que sus trabajos y la organización del trabajo de enfermería estuvieron basados en datos cuantitativos. Puede afirmarse que hasta los años sesenta todos los estudios de investigación en enfermería fueron cuantitativos. E, incluso hoy, más del 90% lo son. Igualmente, los análisis de la producción científica de los investigadores muestran que los diseños mayoritariamente empleados también han sido también los cuantitativos (cf. Moody *et al*¹⁰; Cabrero y Richart¹¹). (Si bien los diseños más firmes de la aproximación cuantitativa, como son los experimentos auténticos y los cuasiexperimentos, se están desechando después de un pico observable a mediados de los sesentas^{12, 13}. Específicamente, en enfermería, los diseños experimentales y cuasiexperimentales sólo constituían en 27% del total de los diseños empleados, según la revisión de Jacobsen y Meininger¹³; porcentaje que para aproximadamente la misma época es todavía menor en la investigación biomédica).

No es sorprendente, por tanto, que la mayoría de los textos y manuales de investigación en enfermería recogieran hasta muy recientemente casi exclusivamente técnicas y procedimientos cuantitativos.

Mulhall¹⁵ cree que este nítido predominio de los diseños cuantitativos en la investigación en enfermería (predominio que se sucede en todos los ámbitos de la investigación, a excepción del antropológico y dominios afines) se debe al fuerte influjo de la investigación biomédica. Nosotros pensamos que, sin menospreciar esta línea de influencia, la fuerte tradición conductual de la investigación en enfermería anglosajona (líder de la investigación de enfermería en el mundo), observable en los manuales de la especialidad, en los temas investigados, y en la orientación de la formación doctoral en enfermería, puede ser una explicación más precisa de esta tendencia. Debe tenerse en cuenta, además, que la investigación en las ciencias conductuales durante los años cincuenta, sesenta y setenta ha sido fundamentalmente cuantitativa.

No hay duda de que la investigación cuantitativa ha sido útil para el avance de enfermería como disciplina científica. Especialmente esto ha sido así en los estudios dirigidos a solucionar problemas o a evaluar aquellos aspectos de enfermería susceptibles de medición^{1,16}. Los hallazgos de la investigación cuantitativa son generalmente fáciles de comunicar -el lenguaje de los números es universal-, y permiten, sobre temas comunes, la elaboración de síntesis -las técnicas de metaanálisis son extraordinariamente útiles para este propósito- que facilita la acumulación de conocimientos.

Abdellah y Levine creen que continuará el fuerte predominio de la investigación cuantitativa en enfermería para el próximo siglo. Esta tendencia se verá facilitada por los avances en el tratamiento informático de las técnicas estadísticas de análisis de datos, por lo que el propio desarrollo de estas técnicas, particularmente del análisis multivariado y la creación de grandes bases de datos. Pero conviene estar alerta sobre un potencial exceso de dependencia en la cuantificación y el análisis de datos. Otros aspectos del proceso de investigación como son la medición, el diseño y la selección de muestras, son tan básicos e importantes como los analíticos. Y, por muy sofisticados que sean éstas últimas, difícilmente podrán subsanar los errores cometidos en fases previas, y primero que todo, la fascinación por los aspectos

metodológicos no debiera distraer la atención por las cuestiones sustantivas: el tema de estudio y la integración teórica.

En los años ochenta se observa en enfermería y también en las ciencias sociales, por el contra, un creciente entusiasmo por los diseños cualitativos, principalmente por los procedentes de la fenomenología, de la etnografía, los estudios de caso y la teoría fundamentada en la realidad⁶. Este entusiasmo se ha visto traducido en un incremento del número de investigaciones que emplean diseños cualitativos. Liehr y Marcus¹⁷, tras un examen de la literatura empírica, aparecida en cuatro revistas de prestigio durante el período de 1988-1992, observan que las investigaciones que han empleado diseños cualitativos se han multiplicado por más de tres veces, si bien el punto de partida era una productividad escasísima.

Los que proponen este tipo metodológico lo justifican apelando a la incapacidad de los métodos cuantitativos para dar cuenta de fenómenos que no son medibles, cuantificables, que se centran en la experiencia social, en cómo es creada y cómo la vida humana cobra significado en esta experiencia¹⁸. Se argumenta que puesto que existe un elevado consenso en el que el foco de que la enfermería como disciplina y como práctica es el cuidado holista de los seres humanos, entonces hay un espacio nítido para las técnicas de investigación cualitativas. Esto es así porque el holismo implica atender no sólo a las necesidades biofísicas, sino a las socioculturales y, aún las espirituales. Si las dimensiones primeras están potencialmente sujetas al control y a la predicción, no sucede lo mismo con las segundas o cuanto menos es más difícil.

En esta última década, con este nuevo énfasis en la investigación cualitativa, se ha sucedido, quizá era inevitable, un debate excluyente sobre los méritos de la investigación cualitativa y cuantitativa^{19, 20, 21}. Por ejemplo, Atwood²² razonó que la enfermería debía adoptar la aproximación cuantitativa para construir una enfermería científica. Pero para Metcalfe²³ la dependencia de la metodología cuantitativa ha mostrado serias limitaciones en las respuestas a los problemas de investigación planteados. Cornea²¹ muestra la esterilidad de este último debate en una investigación donde se concilian armoniosamente ambas metodologías. La superación de este debate maniqueo debe tener en cuenta que el cuerpo de la investigación en enfermería, históricamente y en la actualidad, recae en la investigación cuantitativa y, paralelamente, que el peso de la investigación cualitativa es al día de hoy casi testimonial; por ejemplo, Jenks²⁴ sólo ha encontrado un trabajo publicado en la literatura internacional con un tipo de investigación cualitativa supuestamente tan relevante o adecuado para la enfermería como es la investigación-acción.

Coalición entre ambas metodologías

La enfermería es una disciplina y una profesión con un objetivo principal que es holista en su naturaleza, con un compromiso humanístico, pero también con una fuerte carga tecnológica^{24, 25}. Los fenómenos que ocupan a la enfermería son multifacéticos²⁶ e incluyen factores humanos y no humanos. Entre los factores humanos se incluyen los pacientes, los profesionales, etc., y entre los no humanos la tecnología, y el ambiente físico²⁴. Este carácter multifacético, multidimensional, puede detallarse aún más en niveles. Para las ciencias de la salud Engle²⁷ propuso las siguientes: celular, orgánico, persona, familia, cultura y sociedad. Es característica, además, la interrelación entre estos niveles. Las áreas de la enfermería clínica difieren en la intensidad de su dependencia de los distintos niveles. Así, los aspectos

médicos y quirúrgicos están más próximos a los niveles inferiores, aunque también están preocupados con los superiores; justamente sucede lo contrario con la enfermería comunitaria²⁸.

De este modo, la investigación en enfermería debe intentar reunir aspectos cualitativos y cuantitativos: la enfermería ha reconocido casi desde siempre la unicidad de la experiencia personal -lo cualitativo-, pero sin desatender los aspectos comunes de las necesidades y los cuidados respectivos -lo cuantitativo-. En principio, un tema de estudio como es el de determinar los mejores predictores del desarrollo de úlceras por presión en personas encamadas de más de 65 años es más apto un diseño cuantitativo y, recíprocamente, examinar las creencias y las actitudes que favorecen o dificultan el seguimiento de las indicaciones de salud de un paciente diabético es más apto para una investigación cualitativa.

En el ámbito de la satisfacción de paciente, donde ha habido un amplio predominio de la investigación cuantitativa, los resultados habidos coinciden los pacientes están mayoritariamente satisfechos con los cuidados de salud que reciben. En este ámbito, se han examinado aspectos generales y específicos, que aún matizando algo la afirmación principal, llegan a los mismos resultados, y ello, en contextos de salud tan distintos como servicios públicos y privados, en EE. UU., o en Egipto o España (cf. Cabrero, Richard y Reig²⁹). Pero desde mediados de los ochenta algunos investigadores llegan a poner de manifiesto la imagen superficial o simplemente parcial que la metodología cuantitativa estaba ofreciendo de este tema de estudio. Las técnicas cualitativas pueden ofrecer un panorama complementario donde salga a relucir cómo los pacientes construyen sus experiencias en sus encuentros con los servicios de salud, y si estas experiencias deben categorizarse en términos de satisfacción o apelando a otros conceptos.

A pesar de estos ejemplos, conviene reiterar que los aspectos más globales de la práctica de enfermería pueden abordarse desde ambas metodologías pues, como ya se dijo, no existe una conexión lógica entre paradigma y cualquier técnica de investigación.

Ambas metodologías son pertinentes en la investigación en enfermería, como acabamos de ver. Además ambas pueden complementarse de forma que se vigoricen mutuamente³. Así, el conocimiento de origen cuantitativo se asienta sobre bases cualitativas, de forma que “toda medición se halla fundada en innumerables suposiciones cualitativas acerca del instrumento de medida y de la realidad evaluada. La elección de un modelo estadístico que encaje con los datos, la interpretación de resultados a que de lugar y la generalización de los descubrimientos a otros entornos se hallan basadas en un conocimiento cualitativo”³. La dirección de la influencia puede ser también en sentido contrario. El ejemplo antes citado de la satisfacción del paciente es ilustrativo de este punto. Existe una forma de colaboración entre ambos tipos metodológicos -ya aludida anteriormente-, que ha sido resaltada con pesar por varios autores de tendencia cualitativa³⁰ y que consiste en relegar exclusivamente a la investigación cualitativa a una primera fase exploratoria y dejar la investigación “en serio” a la metodología cuantitativa. Por ejemplo, cuando se construye un instrumento psicométrico es frecuente que existe un primer ensayo empírico cualitativo para ayudar a definir el concepto. Lamentablemente estos ensayos piloto cualitativos suelen realizarlos autores con una formación muy escasa en técnicas

cuantitativas. A veces, los autores de cuestionarios creen utilizar técnicas cualitativas por el mero hecho de incluir una o dos preguntas abiertas³¹. No son éstas, sin embargo, las únicas formas de cooperación entre ambos tipos metodológicos.

El empleo combinado de técnicas cualitativas y cuantitativas en una investigación o en un programa de investigación o cualquier aproximación multimétodo, puede contribuir a controlar y corregir los sesgos propios de cada método. La búsqueda de la convergencia a través de métodos distintos fue ejemplarmente descrita por Campbell y Fiske³² para el ámbito de la medición cuantitativa, pero la racionalidad de su propuesta es extrapolable al ámbito, al que nos estamos refiriendo, en el que recibe el nombre de triangulación. Actualmente se sabe mucho sobre los sesgos de las técnicas cuantitativas y también sobre las estrategias de control. No en balde, al ser la metodología empleada por excelencia, ha estado expuesta a un severo escrutinio. Probablemente conforme la investigación cualitativa se emplee con mayor regularidad, se descubrirán más limitaciones y problemas en esta técnicas, mostrándose tan falibles y débiles como las otras³.

Algunos autores matizan las posibilidades de la triangulación. Leininger³³ está de acuerdo con la triangulación dentro de cada aproximación -cualitativa o cuantitativa-, pero no a través de ambas. La razón aducida es que los propósitos y los sistemas de creencias de ambos tipos son tan distintos que es preferible no violar la integridad de los mismos. Morse³⁴ distingue entre triangulación secuencial, en la que los enfoques no se mezclan en un estudio pero pueden complementarse sus hallazgos a través de varios; y triangulación simultánea, en las que combinan técnicas de ambos tipos en un mismo estudio.

El debate de la triangulación no ha hecho más que empezar, pero voces muy autorizadas se muestran pesimistas. Entre las razones del pesimismo está el coste. Los recursos económicos necesarios para una investigación con triangulación son mucho más onerosos que los de una investigación más sencilla, y no está claro que en términos de conocimiento la potencial ganancia sea eficiente o merezca la pena. El tiempo necesario para obtener resultados puede prolongarse en exceso, y las agencias financiadoras pueden finalmente desechar propuestas semejantes. Otra limitación tiene que ver con la formación de los investigadores. Es frecuente que los investigadores no tengan suficiente formación en ambos tipos de técnicas, por lo que la interdisciplinariedad tendrá que ser frecuentemente en tales proyectos, y esta tampoco está exenta de problemas. Por último, están las modas: de la triangulación, del descrédito de unas técnicas, etc. Convendrá, por tanto, que los investigadores encaren los problemas de la investigación con la prioridad de adecuar los métodos a los problemas, sin prestar mucha atención, a las filiaciones de paradigmas de las técnicas ni a las modas. De todas formas, reiteramos la prospección de Abdellah y Levine¹ realizada últimamente de que la investigación en enfermería seguirá siendo principalmente cuantitativa.

Bibliografía

1. Abdellah FG, Levine E. Preparing Nursing Research for the 21st century. Evolution. Methodologies, Challenges. New York: Springer, 1994.
2. Strauss AL. Qualitative análisis for social scientifics. New York: Cambridge University Press, 1987.
3. Reichardt CHS, Cook TD. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata, 1986.
4. Denzinger NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, Ca: Sage, 1994.

5. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage, 1985.
6. Hardey M. The dissemination and utilization of nursing research. En Hardey M, Mulhall A. (ed). *Nursing Research. Theory and Practice*. London: Chapman & Hall, 1994.
7. Filstead WJ. Métodos cualitativos: una perspectiva necesaria en la investigación evaluativa. En Cook TD, Reichardt ChS (ed). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, 1986.
8. Abdellah FG, Levine E. *Better Patient Care Through Nursing Research*. New York: Mc Millan, 1971.
9. Polit DF, Hungler B. *Nursing Research. Principles and Methods*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, 1983.
10. Moody LE, Wilson ME, Smith K, Schwartz R, Tittle M, Van Cott ML. Analysis of a Decade of Nursing Practice Research. *Nurs Res* 1988; 37:374-379
11. Cabrero J, Richart M. Analisis de la literatura empírica de la investigación enfermera española. *Enfermería Científica* 1992; 122:27-39
12. Brown JS, Tanner CA, Padrick KS. Nursing's Research for scientific knowledge. *Nurs Res* 1984; 33:26-32
13. Jacobsen BS, Meiniger JC. Designs and methods of publisher nursing research: 1956-1983. *Nurs Res* 1986; 34:306-312
14. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical research in general medical journals: a 30 years perspective. *N Engl J Med* 1979; 301: 180-183
15. Munhall A. Surveys in nursing research. En Hardey M, Mulhall A. (ed). *Nursing Research. Theory and Practice*. London: Chapman & Hall, 1994.
16. Heater BS, Becker AM, Olson RK. Nursing interventions and patients outcomes: a meta-analysis of studies. *Nurs Res* 1988; 37: 303-307
17. Liehr PR, Marcus MT. Qualitative approaches to Research. En Lobiondo Word G. Haber J (eds). *Nursing Research*. St Louis: Mosby, 1994.
18. Streubert HJ, Carpenter DR: *Quality research in Nursing. Advance the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott, 1995.
19. Mella KM. "Tell it as it is" Qualitative methodology and nursing research: understanding the student nurse's world. *J Adv Nurs* 1982; 7: 327-335
20. Duffy M. Designing nursing research: the cualitative-cuantitative debate. *J Adv Nurs* 1985; 10: 225-232
21. Corner J. In search of more complete answers to research questions. Quantitative versus qualitative research methods: is there a way forward? *J Adv Nurs* 1991; 16: 718-727
22. Atwood JR. Advancing nursing science: quantitative approaches. *West J Nurs Res* 1985; 6: 9-15
23. Metcalfe C. A study of change in the method of organising the delivery of nursing care a ward a maternity hospital. En: Wilson Barnett J (ed) *Nursing Research: Studies in Patients Care*. Chischester: John Wiley, 1993.
24. Jens JM. *New Generation Research Approaches*. En: Streubert HJ, Carpenter DR: *Quality research in Nursing. Advance the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott, 1995.
25. Mulhall, A. Nursing research: what the difference does it make? *J Adv Nurs* 1995; 21: 576-583
26. Degroot HA: Scientific inquiry in nursing: a model for a new generation. *Adv Nurs Sci* 1988; 10: 1-21
27. Ingle GL. The Biomedical Model: A Procrustean Bed? *Man and Medicine. The Journal of Values and Ethics in Health Care* 1979; 4: 257-275
28. Taylor S, Hasse JE. Guidelines for Integration of Quatitative and Qualitatives Approaches. *Nurs Res* 1989; 38: 299-301
29. Cabrero J, Richart M, Reig A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enfermería Clínica* 1995; 5:190-198
30. Benoliel JQ. Advancing Nursing science: qualitative approaches. *West J Nurs Res* 1985; 6: 1-8
31. Zyzansky SJ, Whitney IR, Blake B, Cratbtree BF, Miller WL. *Qualitative Research: Perspectives on the future*. En: Cratbtree BF, Miller WL (eds). *Doing Qualitative Research*. Newbury Park, Cal: Sage, 1992
32. Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validity by the multitrait-multimethod matriz. *Psy Bull* 1959; 56: 81-105
33. Leininger MM. Current issues, problems and trends to advance qualitative paradigmatic research methods for the future. *Qual Health Res* 1992; 2: 392-415
34. Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nurs Res* 1991; 40: 188-189

Cabrero, J. y Richart, M. (1996) El debate de la investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica* vol 6 no. 5: 212-217

UNIDAD TEMÁTICA 3

EL DENOMINADO MÉTODO CIENTÍFICO Y SU RELACIÓN CON LOS ESTUDIOS CUANTITATIVOS DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Como todo estudiante universitario, te preguntarás si existen reglas fáciles y precisas para indagar con una actitud científica. Pues bien, no existen reglas absolutas que nos guíen en la investigación sin incurrir en error pero sí contamos con normas elementales que nos permiten lograr los objetivos de la ciencia ahorrándonos esfuerzos y tiempo.

En la mayoría de las sociedades científicas se insiste en la necesidad de investigar problemas reales o temas perceptibles en la realidad inmediata. Para ello, se trabaja con base en lo que, desde el paradigma positivista se ha identificado como el método científico. El llamado método científico como método de investigación para el conocimiento de la realidad observable, consiste en formularse interrogantes sobre esa realidad, con base en la teoría ya existente y tratando de hallar respuestas a los problemas planteados. Es uno de los modos ordenados de proceder para lograr el conocimiento científico.

Generalmente, el “método científico”, por las premisas filosóficas y epistemológicas, está más orientado a buscar la objetividad, lo observable, lo cuantificable, lo verificable, lo sistemático, por lo que se relaciona con los estudios cuantitativos.

Las lecturas *¿Existe el método científico?* y *Las etapas del proceso de la investigación*, te ofrecen un panorama muy general acerca del “método científico”, sus grandes ventajas y limitantes. Asimismo, recupera las fases de construcción de este proceso, específicamente en lo que respecta a lo conceptual, a lo metodológico y a la operación de dicho proceso que te permitan recrear y recuperar contenidos de esta temática.

¿EXISTE EL MÉTODO CIENTÍFICO?*

BREVIARIO

Antes de entrar en materia quisiera presentarles rápidamente una visión panorámica evolutiva de los principales pensadores que crearon la ciencia.

Iniciaremos nuestro recorrido con Platón y Aristóteles, a pesar de que, en sentido estricto, en esos tiempos no podía concebirse un método científico porque la ciencia tal como la conocemos ahora, todavía no existía como disciplina independiente sino que formaba parte integral de la filosofía. Hay que recordar también la época medieval donde la religión privó el ambiente social, cultural y filosófico.

De todos modos, con Platón, y especialmente de Aristóteles, se revelan prolegómenos de varios de los problemas y conceptos que surgieron posteriormente, una vez que la ciencia inició su desarrollo independiente. Esto ocurrió a principios del siglo XVII, empezaron a diferenciarse entre sí en ese mismo tiempo: los científicos y los filósofos. Los conceptos sobre el método científico de Vesalio, Galileo, Harvey, Newton, Hooke y Leibniz, como ejemplos de hombres de ciencia, y también los de Bacon, Descartes, Locke, Berkeley, Hume y Kant, como representantes de los filósofos, lo que nos llevará hasta fines del siglo XVIII.

A continuación surgen dos grupos principales de la filosofía de la ciencia en el siglo XIX: los empiristas, representados por los tres filósofos victorianos Herschel, Mill y Whewell, y los positivistas: Comte, Mach, Peirce y Poincaré. Con eso habremos llegado a nuestro siglo pero todavía no a nuestro tiempo; con carácter histórico, la escuela más importante de la primera mitad del siglo XX, que es el positivismo (empirismo) lógico, representado por Wittgenstein, Carnap y el Círculo de Viena, y por Reichenbach y la Escuela de Berlín. Finalmente, algunas de las ideas contemporáneas sobre el método científico: el operacionismo, representado por Bridgman y Rosenblueth, el subjetivismo selectivo, de Eddington, y el falsacionismo, introducido por Popper, así como los programas de investigación científica de Lakatos, el relativismo histórico de Kuhn, y el anarquismo, de Feyerabend.

Por último en el Resumen General y las Conclusiones sobre el método científico, se presenta la narrativa y descriptiva que sobre este tema tiene Ruy Pérez Tamayo.

* Pérez Tamayo, R. (1998) Introducción en ¿Existe el método científico? Colección La Ciencia para Todos. El Colegio Nacional y Fondo de Cultura Económica. México. http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/161/htm/sec_55.htm

PRINCIPALES PENSADORES QUE CREARON LA CIENCIA

| TRADICIÓN ANTIGUA | LOS CIENTÍFICOS DE LA REVOLUCIÓN CIENTÍFICA | LOS FILÓSOFOS DE LA REVOLUCIÓN CIENTÍFICA | LOS EMPIRISTAS VICTORIANOS DEL SIGLO XIX | LOS POSITIVISTAS DEL SIGLO XIX | EL POSITIVISMO LÓGICO | LAS IDEAS CONTEMPORÁNEAS (I): EL OPERACIONISMO Y EL SUBJETIVISMO SELECTIVO | LAS IDEAS CONTEMPORÁNEAS (II) |
|--|--|---|--|---|--|--|---|
| Platón Aristóteles La edad media y el oscurantismo | Andrés Vesalio Galileo Galilei William Harvey Isaac Newton Robert Hooke Gottfried Wilhelm Leibniz | Francis Bacon René Descartes John Locke George Berkeley David Hume Emmanuel Kant | John Herschel John Stuart Mill William Whewell | Auguste Comte Ernst Mach Charles Peirce Henri Poincaré | Ludwig Wittgenstein Rudolf Carnap Hans Reichenbach | Percy W. Bridgman Arturo Rosenblueth Arthur S. Eddington Karl R. Popper | Imre Lakatos Thomas S. Kuhn Paul Feyerabend |

RESUMEN GENERAL Y CONCLUSIONES DEL LIBRO ¿EXISTE EL MÉTODO CIENTÍFICO?

1. INTRODUCCIÓN

En las páginas anteriores hemos revisado en forma cronológica una serie de ideas sobre el método científico. Como nos lo propusimos al principio, nuestra revisión ha sido selectiva, esquemática y esencialmente descriptiva. Las razones para presentar nuestra historia dentro de esos moldes son fáciles de entender: selectiva, por limitaciones de mis conocimientos; esquemática, por ahorrar espacio, ya que los libros pequeños tienen más probabilidades de ser leídos que los grandes; descriptiva, por deformación profesional, en vista de que en el tipo de trabajo científico que yo hago la descripción de los hechos es más importante que su expresión matemática. Pero ahora que ya hemos completado la relación histórica, todavía nos falta su interpretación. No quiero decir que en el oficio de historiar sea posible describir sin interpretar; de hecho, estoy convencido de que la descripción, en todos los oficios que la practican, nunca está libre de interpretación. Pero también estoy convencido de que en esta vida todo es asunto de matices, de claroscuros y entresolados, de combinaciones más que de contrastes, y que asomarnos al mismo paisaje desde diferentes sitios no sólo enriquece nuestra experiencia sino que también aumenta la belleza del panorama que contemplamos.

En el texto que sigue voy a examinar las siguientes tres preguntas: 1) ¿cuál ha sido la evolución de las ideas sobre el método científico a través de la historia?; 2) ¿cuál es la ontología contemporánea del método científico?; y 3) ¿para qué le sirve al científico la filosofía de la ciencia? Nótese que he dicho que voy a examinar, no a responder, las tres preguntas mencionadas. En otras palabras, primero voy a intentar resumir las principales corrientes de pensamiento sobre el método científico que pueden identificarse a lo largo de los 25 siglos que hemos repasado en las páginas anteriores, para lo que me veré obligado a adoptar una actitud no muy lejana a la de Procusto; después, voy a poner bajo el microscopio más moderno a esa entidad casi platónica, que ha sido nuestra preocupación central y que se identifica como el método científico, señalando los aspectos esenciales en los que debe reforzarse o redefinirse; finalmente voy a mirar de manera "fría y calculadora" a la filosofía de la ciencia en relación con la calidad de la investigación científica y voy a preguntarme en serio si el conocimiento a fondo de la filosofía de la ciencia ha aumentado la calidad o la productividad de los científicos que la hemos cultivado.

Lo que debe quedar claro es que no se trata de preguntas formuladas a partir de bases preconcebidas e inalterables, sino de interrogantes genuinas que admiten y hasta se benefician del cuestionamiento continuo de sus premisas. Mi intención es filosofar, pero no como profesional de esa disciplina (que no soy) sino como científico activo y amateur de la filosofía (que si soy); aclaro que el término amateur no lo uso en su sentido lato o peyorativo, que implica afición poco seria y conocimiento superficial (dilettanti), sino en su sentido exacto o literal, que es el de amoroso o amante.

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS IDEAS SOBRE EL MÉTODO CIENTÍFICO

Es importante señalar que por "método científico" entiendo la suma de los principios teóricos, de las reglas de conducta y de las operaciones mentales y manuales que

usaron en el pasado y hoy siguen usando los hombres de ciencia para generar nuevos conocimientos científicos. Creo que los principales esquemas propuestos sobre este método a través de la historia pueden clasificarse en las siguientes cuatro categorías:

1. Método inductivo-deductivo. Para los proponentes de este esquema la ciencia se inicia con observaciones individuales, a partir de las cuales se plantean generalizaciones cuyo contenido rebasa el de los hechos inicialmente observados. Las generalizaciones permiten hacer predicciones cuya confirmación las refuerza y cuyo fracaso las debilita y puede obligar a modificarlas o hasta rechazarlas. El método inductivo-deductivo acepta la existencia de una realidad externa y postula la capacidad del hombre para percibirla a través de sus sentidos y entenderla por medio de su inteligencia. Para muchos partidarios de este esquema, también nos permite explotarla en nuestro beneficio. Pertenecen a este grupo Aristóteles y sus comentaristas medievales, Francis Bacon, Galileo, Newton, Locke, Herschel, Mill, los empiristas, los positivistas lógicos, los operacionistas y los científicos contemporáneos en general.
2. Método a priori-deductivo. De acuerdo con este esquema, el conocimiento científico se adquiere por medio de la captura mental de una serie de principios generales, a partir de los cuales se deducen sus instancias particulares, que pueden o no ser demostradas objetivamente. Estos principios generales pueden provenir de Dios o bien poseer una existencia ideal, pero en ambos casos son invariables y eternos. Entre los pensadores que han militado en este grupo se encuentran Pitágoras, Platón, Arquímedes, Descartes, Leibniz, Berkeley, Kant (con reservas) y Eddington, los idealistas y la mayor parte de los racionalistas.
3. Método hipotético-deductivo. En este grupo caben todos los científicos y filósofos de la ciencia que han postulado la participación inicial de elementos teóricos o hipótesis en la investigación científica, que anteceden y determinan a las observaciones. De acuerdo con este grupo, la ciencia se inicia con conceptos no derivados de la experiencia del mundo que está "ahí afuera", sino postulados en forma de hipótesis por el investigador, por medio de su intuición. Además de generar tales conjeturas posibles sobre la realidad, el científico las pone a prueba, o sea que las confronta con la naturaleza por medio de observaciones y/o experimentos. En este esquema del método científico la inducción no desempeña ningún papel; de hecho es evitada conscientemente por muchos de los miembros de este grupo. Aquí se encuentran Hume, Whewell, Kant (con reservas), Popper, Medawar, Eccles y otros (no muchos) científicos y filósofos contemporáneos.
4. No hay tal método. Dentro del grupo de pensadores que niegan la existencia de un método científico podemos distinguir dos tendencias: por un lado, están los que afirman que el estudio histórico nunca ha revelado un grupo de reglas teóricas o prácticas seguidas por la mayoría de los investigadores en sus trabajos, sino todo lo contrario; por el otro lado, se encuentran los que señalan que si bien en el pasado pudo haber habido un método científico, su ausencia actual se debe al crecimiento progresivo y a la variedad de las ciencias, lo que ha determinado que hoy existan no uno sino muchos métodos científicos.

El mejor y más sobresaliente miembro de la primera tendencia es Feyerabend, mientras que en la segunda se encuentran varios de los biólogos teóricos, como Ayala, Dobshansky y Mayr, así como algunos de los racionalistas contemporáneos.

En forma igualmente breve, a continuación voy a hacer un análisis crítico de cada uno de los cuatro grupos genéricos de métodos científicos señalados arriba, aunque sólo sea para indicar en forma somera algunas tendencias filosóficas relevantes.

En relación con el método inductivo-deductivo, conviene considerar a los tres postulados del inductivismo, que son: **1) la ciencia se inicia con la observación de los hechos; 2) tal observación es confiable y con ella se puede construir el conocimiento científico, y 3) éste se genera por inducción, a partir de los enunciados observacionales.** Comentaré en ese orden cada uno de los tres postulados.

1) La ciencia se inicia con la observación de los hechos. Para el inductivista es fundamental que la percepción de los fenómenos sea objetiva, es decir, que esté libre de sesgos o parcialidades introducidas por la personalidad, experiencia o intereses del observador. Un corolario de este postulado es que diferentes investigadores colocados en las mismas circunstancias deben hacer las mismas observaciones. Sin embargo en la realidad ninguno de estos dos requerimientos se cumplen, pues no todos vemos lo mismo cuando miramos un objeto, y la capacidad de los sentidos del científico para registrar distintos tipos de fenómenos varía no sólo con su experiencia y educación, sino que depende de manera primaria de sus conceptos e ideas preconcebidas. Pero además, se ha insistido en que la ciencia no se inicia con la observación de los hechos porque primero debe decidirse cuáles hechos vamos a observar, por qué los vamos a observar y cómo los vamos a observar.

2) La observación científica es confiable. Existen tres factores que restringen el otorgamiento de confianza ilimitada a la observación científica: i) el nivel (le desarrollo del campo específico al que se pretende incorporar el nuevo conocimiento, que si es muy primitivo garantiza una vida media muy breve a la información reciente, por la sencilla razón de que muy pronto vendrá otra más precisa o diferente a sustituirla; ii) la moda científica del momento, un factor muy complejo pero no por eso menos real, que determina (a veces dolosamente) si la observación reportada se incorpora o no al corpus aceptado oficialmente por el "colegio invisible" relevante; iii) la existencia del fraude científico que, aunque excepcional, socava la confianza ciega en la observación científica. Sin embargo, con las reservas mencionadas, concluyo que la observación científica es confiable dentro de ciertos límites. Pero dada la naturaleza del conocimiento ésta no es una propiedad absoluta, permanente y ni siquiera muy importante.

Es cierto que, cuando hablamos o escribimos, los científicos tenemos el interés común de decir "el menor número posible de mentiras por minuto". Pero también tenemos conciencia de que nuestras observaciones no son perfectas y que con mejores métodos seguramente las podremos hacer más precisas.

3) El problema de la inducción. En 1748 el filósofo escocés David Hume publicó su libro "An inquiry concerning human understanding" (Un examen del entendimiento humano) en donde demuestra que la creencia de que con base en experiencias previas es posible utilizar el presente para predecir el futuro es lógicamente insostenible. Esta conclusión afectó en forma grave al pensamiento científico, en vista de que tanto la causalidad como la inducción resultan ser operaciones sin fundamento lógico, y ambas son fundamentales para la ciencia. El propio Hume se dio cuenta de que sus ideas iban en contra del sentido común y de creencias intuitivas universales, determinantes de la

mayor parte de sus actos y pensamientos cotidianos; sin embargo, aunque lo intentó seriamente, no encontró argumentos en contra de la lógica inexorable de su pensamiento, y lo mismo ha sucedido desde entonces hasta nuestros días con la mayoría de los filósofos que han intentado reivindicar a la inducción como una operación lógicamente legítima.

¿Cuál es la posición actual del método inductivo-deductivo? Desde luego, entre el público no profesional de la ciencia, así como entre la gran mayoría de los científicos, la idea más generalizada de cómo se hace la ciencia es la siguiente: existe un mundo exterior histórico y real, cuyo conocimiento es el objetivo de la investigación científica; los hombres de ciencia invierten su tiempo en la observación cuidadosa de ese mundo, anotando absolutamente todo lo que registran con sus sentidos. Poco a poco, de este noble esfuerzo irán surgiendo los principios generales que explican los hechos registrados y que además nos permitirán predecir gran parte de la majestuosa totalidad de la naturaleza. En cambio, para la mayor parte de los filósofos y para unos cuantos hombres de ciencia (ciertamente, de muy alto nivel), la objeción de Hume es válida e impide aceptar a la inducción como parte del método científico.

Recientemente Harold Himsforth, un médico inglés con antiguo, sólido y bien ganado prestigio como profesor e investigador biomédico, publicó un librito (apenas tiene 99 breves páginas) con el título “Conocimiento científico y pensamiento filosófico” (Scientific Knowledge and Philosophic Thought), en el que se pregunta si las proposiciones con estructura lógica impecable son necesariamente válidas, aun cuando contradigan a la experiencia derivada directamente de la realidad.

Himsforth acepta que en su rechazo de la inducción, la lógica de Hume es irrefutable, pero se pregunta si la solución al problema no estará más bien en las premisas del planteamiento. Cuando Hume considera que el curso de la naturaleza puede cambiar, sólo está tomando en cuenta una de las dos alternativas posibles; la otra es que el curso de la naturaleza no cambie. Himsforth señala:

Por lo tanto, según empecemos por la proposición de que el curso de la naturaleza puede cambiar, o por la proposición de que puede no cambiar, la lógica nos llevará inexorablemente a conclusiones diametralmente opuestas. Si optamos por la primera de estas proposiciones nos veremos obligados, como Hume, a concluir que es imposible razonar del pasado al presente y que nuestra creencia en la causalidad está equivocada. En cambio, si optamos por la segunda proposición, nos veremos inclinados con la misma fuerza a concluir qué sí es posible razonar de esa manera y que nuestra creencia en causa y efecto está completamente justificada. Según la proposición de que se parta, ambas conclusiones son igualmente lógicas. Por lo tanto, es imposible decidir entre ellas en esa base.

El criterio que Himsforth propone para decidir si la naturaleza es o no regular no es lógico sino experimental; después de señalar que cualquier alteración en el curso regular de la naturaleza sería un hecho observable, cita el ejemplo siguiente:

Si arrojo una piedra al aire espero, con base en experiencias previas, que tarde o temprano, caiga al suelo. Sin embargo, si la fuerza de la gravedad se suspendiera, la piedra no caería sino que continuaría su viaje hacia el espacio exterior... Sin embargo, esto da una imagen totalmente inadecuada de lo que pasaría si cesara la fuerza gravitacional. El efecto no se limitaría a ninguna clase particular de objetos. Todo lo que tiene peso se vería afectado; por ejemplo, este planeta ya no sería capaz de

retener su atmósfera Como resultado, todos los organismos vivos que dependen del aire para respirar morirían, y no quedaría nadie para experimentar algo. Por lo tanto, el hecho de que hay, haya tales criaturas vivas significa que mientras han existido, la gravedad ha estado operando; además, que mientras continúen existiendo la gravedad no cesará de operar.

El problema de la inducción parece centrarse en la posibilidad de que la regularidad de la naturaleza se suspenda; naturalmente, todos reconocemos la casi infinita variabilidad del mundo exterior, junto con nuestra inmensa versatilidad interior, pero también tenemos conciencia de que tales oscilaciones ocurren dentro de rangos de tolerancia bien definidos. Las violaciones a las leyes naturales no se refieren a la aparición de diferencias cuantitativas o cualitativas dentro del mismo tipo, género o especie, sino a la ocurrencia de un episodio que viola los mandatos aceptables dentro del orden definido. En última instancia, el problema es que puestos ante la alternativa de una posibilidad lógica y su ocurrencia real, Hume le da más peso a la primera mientras que Himsworth se inclina por la segunda. Mi conclusión es que aunque Hume pensó que estaba determinando los límites del conocimiento humano, lo que en realidad demostró fueron las limitaciones del pensamiento abstracto, por más lógico que sea, como instrumento para avanzar el conocimiento de la realidad.

Respecto al método a priori-deductivo, en realidad tiene dos vertientes distintas: la platónica o cartesiana y la kantiana. La vertiente cartesiana postula que por medio de la razón es posible establecer los principios más generales que regulan la naturaleza y a partir de ellos deducir a la realidad; en cambio, la vertiente kantiana sostiene que la razón pura es incapaz de alcanzar conocimiento alguno sobre el mundo exterior y que se requiere de la experiencia de nuestros sentidos, pero que esta experiencia sólo la conocemos después de que ha sido elaborada y estructurada por medio de los imperativos categóricos (realmente, categorías imperativas). Además, la vertiente kantiana afirma que la verdadera realidad nos está vedada, ya que lo único que percibimos de ella son las sensaciones que estimula en nuestros órganos de los sentidos, si tuviéramos otros órganos sensoriales, capaces de percibir propiedades distintas del mundo exterior, nuestra imagen de la realidad sería muy diferente, pero ella seguiría siendo la misma, y también seguiría siendo inalcanzable. A pesar de que las dos vertientes del método a priori-deductivo son tan distintas, ambas postulan que nuestro contacto con el mundo exterior no es directo sino que ocurre a través de estructuras previamente establecidas (o sea, a priori), en el primer caso por la razón pura y en el segundo caso por la razón crítica.

El destino histórico de estas dos vertientes ha sido interesante; por un lado, el mismo Descartes se dio cuenta de que la deducción de la naturaleza, a partir de sus principios generales a priori, no lo llevaba muy lejos y pronto se vio obligado a echar mano de otros elementos empíricos, como el análisis geométrico de problemas ópticos, el uso de analogías, hipótesis y modelos, y hasta la práctica personal de disecciones (transformándose en otro preclaro ejemplo de que para conocer el método científico no hay que prestar atención a lo que los investigadores dicen que hacen, sino a lo que realmente hacen); por el otro lado, gracias a metamorfosis más o menos sutiles, los 12 imperativos categóricos kantianos originales se incorporaron a la psicología del siglo XIX y muchos de ellos sobreviven hasta hoy, protegidos por diferentes disfraces, como las "nociones psicológicas de tiempo y espacio", o los conceptos de causalidad, reciprocidad, posibilidad, existencia y otros.

El método hipotético-deductivo postula que el investigador se asoma a la naturaleza bien provisto de ideas acerca de lo que espera encontrar, portando un esquema preliminar (pero no por eso simple) de la realidad; en otras palabras, la ciencia se inicia con problemas, que son el resultado de las discrepancias entre las expectativas del científico y lo que se encuentra en la realidad. La ciencia empieza en el momento en que la estructura hipotéticamente anticipada de un segmento de la naturaleza no corresponde a ella. Pues bien, una de las objeciones más graves al esquema de Popper es que no toma en cuenta que en la confrontación de las hipótesis con los hechos, los responsables de la discordancia no siempre son las teorías: también los hechos pueden estar equivocados. No hay nada en la lógica de la situación que exija que siempre deba ser la hipótesis la rechazada cuando hay discrepancia con la "realidad". Todos los investigadores científicos activos sabemos lo difícil que es estar seguro de que los experimentos, observaciones, analogías o comparaciones con que trabajamos son realmente como parecen ser; existen numerosos ejemplos de rechazos de "hechos" y conservación de la hipótesis que parecía haber sido falseada por ellos. El mismo Popper sugiere que sólo se usen los resultados observacionales que ya han sido repetidos y confirmados por otros investigadores (los llama "enunciados básicos") y que se guarde reserva para los que todavía están en espera de esa confirmación. Pero el argumento le roba su carácter nítido y definitivo al método hipotético-deductivo, pues resulta que las hipótesis no se pueden falsear en forma clara y concluyente porque las pruebas a las que se someten tampoco arrojan resultados absolutos y completamente confiables, sino más bien probables y perfectibles.

Otra objeción al método hipotético-deductivo es histórica. Si los científicos se hubieran atenido rigurosamente al falsacionismo, muchas de las teorías más sólidas de la ciencia nunca hubieran podido alcanzar su desarrollo actual; en efecto, habían sido rechazadas cuando se propusieron pues fueron confrontadas con distintos "hechos" que las contradecían o falseaban. Sin embargo, esas teorías siguieron en boga, crecieron y poco a poco superaron a los "hechos" contradictorios, una vez que se demostró que eran equivocados o producto de las limitaciones técnicas de su tiempo.

Otro de los principios centrales en el método hipotético-deductivo es que no existen las observaciones puras, o sea aquellas que se hacen en ausencia de algún tipo de esquema o hipótesis preconcebido. Pero si esto es así, entonces las hipótesis deben surgir de manera independiente de las observaciones. Para llegar a esta conclusión Popper se pregunta, "¿qué es primero, la hipótesis o la observación?", lo que inmediatamente recuerda la otra pregunta, "¿qué es primero, la gallina o el huevo?" Como Popper responde esta segunda interrogación diciendo, "un tipo anterior o primitivo de huevo", la respuesta a su primera pregunta es, naturalmente, "un tipo anterior o primitivo de hipótesis". Pero esto lo coloca de inmediato en algo que en lógica se conoce como regresión infinita, porque cada hipótesis irá precedida por otra anterior, y así sucesivamente. Para escapar de esta trampa Popper postula que el *H. sapiens* posee genéticamente una serie de expectativas a priori (o sea, anteriores a cualquier experiencia) que le hacen esperar regularidades o que le crean la necesidad de buscarlas. Pero los científicos activos sabemos muy bien que no todas las observaciones van precedidas de hipótesis, sino que a veces surgen hechos sorprendentes o fortuitos, o resultados totalmente inesperados, para los que entonces es necesario construir una hipótesis. Incluso los científicos hemos adoptado un nombre específico para designar este tipo de episodio, "serendipia", que significa "capacidad de hacer

descubrimientos por accidente y sagacidad, cuando se está buscando otra cosa". Himsworth se refiere al papel de estos episodios en la investigación como sigue:

Por lo tanto, debemos reconocer que, en la vida real, las observaciones van desde las que son totalmente inesperadas hasta las que están completamente de acuerdo con las expectativas. Sin embargo, la mayoría caen entre esos dos extremos. En otras palabras, la observación excepcional es la que no contiene elementos inesperados y, por lo tanto, no buscados. De hecho si las cosas no fueran así, no tendría sentido hacer investigación.

Finalmente, recordemos que Popper acepta el juicio de Hume y rechaza cualquier proceso inductivo en la ciencia, o sea que no se puede citar el resultado de un experimento como prueba favorable a una hipótesis determinada. Si tal resultado fue predicho a partir de la hipótesis, lo único que puede decirse es que no ha sido refutada. No es válido sugerir que el resultado apoya o refuerza a la hipótesis porque sería un pensamiento inductivo. Muchos de los científicos que han aceptado las ideas de Popper realmente no lo han tomado en serio y mientras ostensiblemente aplauden el esquema hipotético-deductivo continúan actuando subrepticamente dentro del concepto inductivo-deductivo clásico. Sin embargo, si se enfrentaran a algunas de las premisas claves del pensamiento popperiano, como que no existen criterios para determinar la verdad de cualquier teoría, que las observaciones (los llamados "hechos") son irrelevantes como criterios de verdad, y que además son inútiles para inferir o construir teorías y que sólo sirven para falsificarlas, quizá reconsiderarían su afiliación popperiana.

La postura anarquista en relación con el método científico incluye a los que niegan que tal método haya existido en otros tiempos o existe actualmente pero va más allá, al predicar que además está bien que así sea, pues de otra manera introduciría restricciones perniciosas en la práctica de la ciencia. Como ya mencionamos, los argumentos de Feyerabend son de dos tipos, históricos y de exhortación moral. En relación con los primeros, Feyerabend usa ejemplos de descubrimientos realizados en física y astronomía en los que no parece reconocerse método alguno, sino todo lo contrario incluyendo maniobras como supresión de datos opuestos a las hipótesis favoritas trucos propagandísticos, apelación emocional, etc.; pero generalizar a partir de esos ejemplos, como él lo hace, a todas las ciencias de todos los tiempos, parece peligroso no sólo porque se trata de una inducción sino porque es utilizar un método científico para demoler la existencia del método científico.

Es seguro que si Feyerabend fuera experto no en la historia de los trabajos científicos de Galileo sino en los de Claude Bernard y los fisiólogos de su tiempo, su opinión sobre la realidad del método científico sería diferente. Feyerabend también señala que las dos reglas usadas por los filósofos de la ciencia, la "condición de consistencia" y el "principio de autonomía", pueden ser sustituidas por las reglas opuestas que, a pesar de ser igualmente plausibles, llevan a resultados contrarios. La condición de consistencia exige que "las nuevas hipótesis estén de acuerdo con las teorías aceptadas", mientras que el principio de autonomía postula que "los hechos pertenecientes al contenido empírico de alguna teoría son accesibles al margen de que se consideren o no otras teorías alternativas". Pero la condición de consistencia enunciada por Feyerabend simplemente no es la utilizada por la mayor parte de los filósofos de la ciencia; por ejemplo, Newton-Smith la enuncia como sigue:

En igualdad de circunstancias, las nuevas teorías deberán estar de acuerdo con los aspectos observacionales comprobados de las teorías aceptables y aceptadas actualmente.

Además, la regla opuesta que propone Feyerabend es la de la proliferación de las teorías, especialmente aquellas incompatibles con las aceptadas corrientemente, que aunque tiene algo a su favor ("La variedad de opinión es necesaria para el conocimiento objetivo") llevaría muy pronto el caos si cada quien estuviera inventando continuamente teorías sobre un mismo tema.

Naturalmente, lo anterior no pretende resumir la evolución de todas las ideas sobre el método científico a través de la historia, sino sólo señalar algunas críticas surgidas en contra de las principales tendencias genéricas, que agrupan a los diferentes conceptos revisados en los capítulos previos. Los filósofos de la ciencia profesionales, junto con unos cuantos científicos interesados seriamente en los aspectos filosóficos de su profesión, saben muy bien que he dejado mucho sin mencionar, pero creo que estarán de acuerdo en que todo lo incluido corresponde en forma razonable a la realidad.

3. ¿CUÁL ES LA ONTOLOGÍA CONTEMPORÁNEA DEL MÉTODO CIENTÍFICO?

Voy a iniciar esta parte del capítulo señalando que existe un grupo de científicos que piensa que si bien en otros tiempos era posible hablar de un método científico, debido al gran desarrollo de las ciencias físicas en comparación con las otras ciencias naturales, actualmente el campo total de la ciencia es tan complejo y heterogéneo que ya no es posible identificar a un método que sea común a todas ellas. En la actualidad ya sabemos que no todos los fenómenos naturales son reducibles a expresiones matemáticas, que no todos los hechos que constituyen la realidad son analizables experimentalmente, que no todas las hipótesis válidas pueden confrontarse con la realidad a la que se refieren, que al determinismo y mecanicismo que prevalecieron en la física y la astronomía de los siglos XVI a XIX deben agregarse ahora los procesos estocásticos, la pluralidad de causas, la organización jerárquica de gran parte de la naturaleza, la emergencia de propiedades no anticipables en sistemas complejos, y otros aspectos más derivados no sólo de las ciencias biológicas sino también de las sociales, como la economía, la política y la historia.

Mientras los filósofos consideraron a la física y a la astronomía de los siglos XVII a XIX como los paradigmas de la ciencia, las discusiones sobre el método científico giraron alrededor del papel de los conceptos a priori, de la matematización del conocimiento científico, del papel crucial de los experimentos y de los criterios para escoger entre diferentes hipótesis o teorías, al expandirse las ciencias naturales gracias al crecimiento de la biología y al desarrollo vigoroso de otras disciplinas relacionadas con el hombre, el panorama de la ciencia ha cambiado radicalmente y requiere una reconsideración total de la filosofía de la ciencia. Naturalmente, es posible definir la ciencia de tal manera que la biología moderna y todas las disciplinas más jóvenes (especialmente las ciencias sociales) queden excluidas, lo que automáticamente nos colocaría de espaldas a los avances científicos de los últimos 100 años, cuando Darwin acabada de publicar su revolucionario libro. El origen de las especies (aparecido en 1859); a pesar de que los 1 250 ejemplares de la primera edición se vendieron el mismo día de su publicación, y que al año siguiente se realizó el célebre duelo verbal entre Thomas Huxley y el obispo Wilberforce, durante la reunión de la Asociación Británica en Oxford, todavía transcurrieron varias décadas para que se empezara a

tener conciencia de la profunda transformación que había ocurrido en la ciencias biológicas.

En ese ambiente decimonónico, la filosofía de la ciencia concentrada en la física y en la astronomía de su tiempo cumplió decorosamente por última vez, con su función. A partir de entonces, en la medida en que se ha quedado en la misma tesitura, ignorando la colosal transformación de las ciencias en los últimos cien años, la filosofía de la ciencia se ha ido apartando de la realidad y se ha ido convirtiendo en lo que tristemente es hoy, en el concepto y la mente de muchos filósofos y de casi todos los científicos activos: una estructura teórica anacrónica y remota, con escasa o ninguna relación con la filosofía y la ciencia contemporáneas.

Yo poseo por lo menos una docena de textos más o menos recientes, escritos por individuos bien intencionados y de muy distintas profesiones, que pretenden describir el método científico para diferentes especialidades y para niveles muy variables de escolaridad. El contenido de estos manuales no es uniforme, pero todos coinciden en los tres puntos siguientes: 1) sólo existe un método científico, 2) las leyes científicas son universales, y 3) la observación, los experimentos y su análisis matemático son muy importantes. En ninguno de los textos que estoy comentando se mencionan la complejidad y la heterogeneidad de la ciencia contemporánea, el fracaso del reduccionismo del siglo XIX, la naturaleza no cuantitativa (matemática) de muchos de los conceptos principales de las nuevas ciencias humanas, el carácter revolucionario de las recientes ciencias humanísticas, y la creciente irrelevancia de la filosofía de la ciencia para las nuevas generaciones de científicos. Las recomendaciones de los textos mencionados se leen hoy, igual que se leía hace dos o más generaciones, el famoso catecismo del padre Ripalda.

Cuando se revisan los libros clásicos de filosofía de la ciencia y se comparan con los publicados en años más recientes, una de las cosas que llama la atención es el interés que se tenía en el siglo pasado y aún a principios de este siglo en definir a la ciencia. Páginas y páginas se dedicaron a especificar y discutir los criterios que (a juicio de los autores) permitían distinguir a la actividad científica de otras ocupaciones humanas. En cambio en las últimas dos generaciones de filósofos de la ciencia tal preocupación ha desaparecido y uno puede escudriñar minuciosamente sus textos sin encontrar ni siquiera la mención más somera del problema; cuando más, habrá alguna referencia a los criterios de demarcación de Popper, casi siempre de carácter crítico. Creo que en relación con el método científico nos encontramos en una etapa de transición semejante: durante siglos se ha disputado sobre la naturaleza de el método científico, y no hay duda que tal controversia ha sido muy generosa en la diversidad de resultados producidos. De ahora en adelante seguramente veremos aparecer cada vez más textos y discusiones sobre una variedad de métodos científicos, determinada por la riqueza y diversidad de las ciencias que se cultivan.

Naturalmente, siempre quedará un residuo de filósofos y de científicos aferrados a la visión decimonónica de la ciencia y su filosofía, que seguirán hablando de el método científico, de la matematización de la naturaleza y de la reducción última de todas las ciencias a una sola. Como también existen y seguirán existiendo ciudadanos mexicanos que dicen y dirán, que los buenos tiempos fueron los de don Porfirio.

4. ¿PARA QUÉ LE SIRVE AL CIENTÍFICO LA FILOSOFÍA DE LA CIENCIA?

En octubre de 1987 dos científicos ingleses publicaron en la revista Nature un artículo titulado, "En dónde se ha equivocado la ciencia", que contiene una indignada protesta en contra de los filósofos y científicos que durante este siglo han estado propagando ideas como la incapacidad de la inducción para generar conocimiento, la impotencia de las observaciones para verificar o reforzar hipótesis, las virtudes de la falseabilidad, el relativismo de la verdad científica, el anarquismo en la metodología de la ciencia, y otras más mencionadas en este libro. Después de dolerse de que pocas universidades incluyen cursos obligatorios de metodología de la ciencia entre los créditos que deben cumplir los estudiantes de carreras científicas, y que en aquellas pocas que lo hacen, muchos profesores están tratando de sabotear el método científico, los autores describen el resultado como sigue:

El infeliz estudiante se ve inevitablemente forzado a echar mano de sus propios recursos para recoger al azar y por casualidad, de aquí o de allá, fragmentos desorganizados del método científico, así como fragmentos de métodos no científicos.

Y cuando el estudiante se convierta en un investigador profesional, como no posee la educación y la instrucción necesarias, caminará torpemente en la oscuridad, siguiendo caminos costosos y cerrados y echando mano de cosas tan desconfiables como adivinanzas al azar, conjeturas arbitrarias, corazonadas subjetivas, intuición accidental, suerte pura, accidentes afortunados, pruebas no planeadas e invariablemente erróneas.

¿Puede ser ésta una metodología adecuada para hacer nuevos descubrimientos y lograr aplicaciones benéficas? Desde luego que no, pero ésta es toda la metodología que los exponentes de las antítesis recomiendan a los investigadores profesionales.

La opinión de estos autores es que el conocimiento de la filosofía de la ciencia, y en especial del método científico, resulta benéfico para los investigadores, en vista de que se encuentran más capacitados para hacer "nuevos descubrimientos y lograr aplicaciones benéficas". En cambio, Rosenblueth reconoce que:

"Aunque parezca paradójico, la mayoría de las personas que se dedican a la investigación científica y que contribuyen al desarrollo y progreso de la disciplina que cultivan, no podrían formular con precisión su concepto de lo que es la ciencia, ni fijar los propósitos que persiguen, ni detallar los métodos que emplean en sus estudios, ni justificar estos métodos".

SCIENCE 303 30 OCTOBER 1987

COMMENTARY

Where science has gone wrong

J. Theoharides and M. Philippopoulos

The current predicament of British science is but one consequence of a deep and widespread malaise. In response, scientists must reassert the pre-eminence of the concepts of objectivity and truth.

In 1969 Sir Peter Medawar wrote:

Ask a scientist what he considers the scientific method to be, and he will adopt an evasive attitude in at once solemn and dignified tones because he feels he ought to declare an opinion, albeit a weak one, because he is wandering how to conceal the fact that he has no opinion to declare.

The witty style of this passage might amuse the reader. But the homonymy here only serves to conceal the gravity of the matter.

Medawar's remarks were made in the, innocently speaking, halcyon days of the 1960s. The British science budget was then increasing by over 10 per cent every five years or so. The growth continued in the 1970s, though at a lower rate. But a drastic reversal occurred in the 1980s. During the last five years of this

adequate funding of research by Government and industry.

These are also the declared aims" of the Royal Society (RS). As its President Sir George Porter says, the RS "is effectively the national academy of science of the UK and it must therefore assume some special responsibility for science in this country".

Interestingly, British philosophers were quick to emulate the scientists in launching

Articles and programmes attacking the scientific ethos and championing the anti-theses are published and broadcast regularly by the British media. But oddly, the RS, SRS and the other scientific bodies remain silent and do not deploy their powerful corporate muscle to answer such attacks against science (and sometimes against the RS itself). As a result, it appears, the editors of the popular media have come to the conclusion that the RS has no satisfactory answer.

This state of affairs is bad enough. But things are even worse personally: many individual scientists and philosophers seem bent on questioning and rejecting the true ethos, and supporting the anti-theses. For example, most of the participants in the "Science . . . Fiction" film were academic scientists. What is more,

El artículo de protesta en contra de la filosofía de la ciencia contemporánea, publicado por T. Theoharis y M. Psimopolous: "Where Science has Gone Wrong", en Nature 329: 595-598, 1987.

En principio, parecería que estas dos posiciones, la representada por los científicos ingleses y la mencionada por Rosenblueth, son radicalmente opuestas. Pero la verdad es que mientras los ingleses postulan que si los científicos conocieran la filosofía de su ocupación profesional serían mejores investigadores, Rosenblueth señala el hecho histórico de que muchos hombres de ciencia que ignoran esa filosofía han contribuido "al desarrollo y progreso de la disciplina que cultivan"; en otras palabras, mientras los ingleses hacen una hipótesis, Rosenblueth señala un hecho real. Podría demostrarse que las dos opiniones son correctas si se encontrara que los buenos investigadores que ignoran la filosofía de la ciencia se hacen todavía mejores cuando la conocen. El experimento no es fácil de hacer, pero su planteamiento permite subrayar la diferencia entre la proposición de los ingleses y la aseveración de Rosenblueth.

En páginas anteriores hemos mencionado que desde un punto de vista histórico la "filosofía natural" empezó a dissociarse en ciencia y filosofía durante la revolución científica del siglo XVI, que la separación fue cada vez más profunda en los cuatro siglos siguientes, al grado que en la actualidad se trata de dos disciplinas tan alejadas que no sólo hablan idiomas diferentes sino que en ambos círculos se consideran mutuamente excluyentes. Por lo menos entre los científicos, el estudio serio de la filosofía de la ciencia se ve como una extravagancia diletantista, cuando no como una simple pérdida de tiempo y esfuerzo; me imagino que, como pertenecen a la misma especie animal, entre los filósofos debe existir una opinión semejante pero inversa. Seguramente que parte de la explicación es que las dos ramas del que hacer y del pensamiento han crecido y se han desarrollado de tal manera que ya desde hace tiempo resulta imposible cultivarlas ambas con igual profundidad profesional. Pero otra parte de la explicación (hablo como científico) es que la filosofía de la ciencia no ha sabido distinguir entre dos posibles estructuras: la descriptiva y la prescriptiva. Muchos filósofos han intentado (y siguen intentando) describir la estructura de la ciencia y de los métodos que siguen los científicos para trabajar en ella, con mayor o menor felicidad en sus resultados. Pero otros filósofos han erigido estructuras que pretenden prescribir la naturaleza que debería tener la ciencia y la forma como deberían pensar y actuar los científicos para que sus esfuerzos tuvieran validez. Además, no es raro que, con el paso del tiempo, algunos de los filósofos del primer grupo se transformen en ejemplares del segundo grupo. La reacción de los científicos ante tal postura ha sido expresada por Rosenblueth como sigue:

"Hay otra serie de asertos acerca de lo que es la ciencia, que conviene subrayar y criticar. Son los que han hecho algunos filósofos. En este caso, tales personas conocen generalmente los principios de la crítica de los conceptos, sus aseveraciones son lógicas y, a menudo, hasta retóricas. El filósofo, sin embargo, frecuentemente no conoce la ciencia, porque nunca ha sido hombre de ciencia, ni ha pasado por el largo aprendizaje indispensable para la formación del hombre de ciencia. Sus juicios son, a menudo, falsos e incompletos".

Por ejemplo, de los filósofos de la ciencia de este siglo cuyas ideas revisamos, Kuhn y Lakatos son fundamentalmente descriptivos, el primero de los mecanismos de las revoluciones científicas y el segundo de la estructura de los programas de

investigación. En cambio, Popper y Feyerabend empiezan tratando de describir a la ciencia y terminan diciéndonos cómo debemos trabajar para hacer buena ciencia, el primero recomendando el método hipotético-deductivo y el segundo el anarquismo metodológico. De estos cuatro filósofos, sólo Kuhn inició su carrera como físico, pero al poco tiempo la cambió por la de historiador de la ciencia y posteriormente se convirtió a la filosofía, aunque sin dejar de seguir teniendo su interés principal en la historia; los otros tres siempre han sido sólo filósofos.

En mi opinión, Kuhn ha documentado de manera adecuada algunos episodios en la física y en la astronomía de los siglos XVI y XVII. que corresponden a su descripción de revolución científica, y esto ha sido extendido por otros historiadores como Cohen a otras disciplinas y a otras épocas, aunque para las ciencias biológicas los datos no son tan claros o de plano no concuerdan con su esquema; sin embargo, la contribución más importante de Kuhn es su demostración de que para hacer filosofía de la ciencia, la historia debe usarse como algo más que una fuente de ejemplos. La compleja arquitectura de los programas de investigación de Lakatos probablemente corresponde a algunos episodios de la física, pero en realidad es muy difícil acomodar en la mencionada estructura a las investigaciones que se llevan a cabo en otras ciencias, especialmente las de crecimiento más reciente. En el caso del método hipotético-deductivo de Popper, a lo mencionado antes sólo me resta agregar que (a pesar de que algunos grandes científicos se han declarado a su favor) realmente no conozco ningún investigador que diseñe sus experimentos para intentar demostrar que sus hipótesis son falsas, sino todo lo contrario; además, tampoco conozco a nadie en el campo de la ciencia que no use el pensamiento inductivo, o sea que no generalice a partir de instancias individuales.

Popper ha dicho que su filosofía señala no cómo se hace la ciencia sino cómo debería hacerse, pero a pesar de la congruencia de sus argumentos los científicos hemos seguido trabajando como lo hemos hecho siempre. Finalmente, el anarquismo de Feyerabend tiene dos aspectos: uno, caracterizado por sus opiniones más extremas, como cuando declara que la "ciencia es un cuento de hadas" y que se le debería conceder la misma atención a otras formas de conocimiento como "la astrología, la acupuntura y la hechicería", o cuando pone a la ciencia a la par con "la religión, la prostitución y otras cosas"; este aspecto, como el mismo Feyerabend señala, no debe tomarse en serio.

El otro aspecto es el que proclama que la única regla de metodología científica que no interfiere con el libre desarrollo de la investigación es "todo se vale" y ya hemos comentado que, con ciertas restricciones, tal libertad de acción está mucho más cerca de la realidad en la ciencia de nuestros días que la adherencia a un solo método rígido e inflexible.

Pero si los científicos de hoy hemos empezado a darnos cuenta de que los esquemas propuestos por muchos filósofos de la ciencia contemporáneos son realmente camisas de fuerza conceptuales heredadas del siglo XIX, y que es necesaria una reconstrucción de la filosofía de nuestras actividades profesionales que considere no sólo la historia sino toda la inmensa extensión y complejidad de las ciencias modernas, también conviene que nos demos cuenta del surgimiento de una nueva forma de estudiar y de caracterizar a la ciencia, que es a través de la sociología del conocimiento. Aunque con antecesores tan importantes como Marx, Nietzsche, Scheler y Freud,

probablemente fue Karl Mannheim (1893-1947) la figura inicial en el movimiento desarrollado alrededor de la idea de que el conocimiento surge en situaciones históricas y sociales concretas, a las que necesariamente refleja. Para Mannheim la epistemología está determinada socialmente, por lo que en sociedades distintas el conocimiento será diferente, no nada más en la forma en que se expresa sino en su contenido mismo.

Este relativismo (que ya se mencionó al hablar de Kuhn) se formó al mismo tiempo que florecía el positivismo lógico, que como ya vimos buscaba establecer el conocimiento científico sobre bases tan sólidas, permanentes e inalterables como la lógica y la experiencia objetiva de los sentidos; la influencia del positivismo se dejó sentir en Mannheim, quien hacía excepción de la lógica y de las matemáticas como las únicas formas del conocimiento que no estaban influidas por la historia y la sociedad, o sea que no estaban determinadas "existencialmente". Pero en épocas más recientes tales excepciones han dejado de aceptarse y los sociólogos de la ciencia consideran que todo el conocimiento está socialmente determinado, que todo lo que se acepta como científicamente establecido depende de las características de la sociedad en donde se genera, y que si tales características cambian (ya sea históricamente, en la misma sociedad, o cuando se comparan distintas sociedades) el conocimiento científico será diferente. En otras palabras, lo que pasa por ser científicamente cierto no depende de su grado de concordancia con la realidad sino de su aceptación como tal por la sociedad; lo que el hombre de ciencia busca no es tanto el conocimiento de la naturaleza sino lo que en el momento histórico y en el grupo social en que le ha tocado vivir se acepta como tal conocimiento.

Naturalmente, este relativismo epistemológico extremo puede aplicarse a la misma tesis de la sociología del conocimiento (o sea, que la postura que caracteriza el conocimiento científico como "nada más" una construcción social es propia de nuestro tiempo y de la sociedad capitalista del hemisferio norte, pero que en otros tiempos y en otros sitios ha habido, hay y seguramente habrá, otras posturas igualmente válidas), con lo que dejaríamos de tomarla muy en serio. Pero no cabe duda que lo que cuenta como conocimiento científico es lo que ha alcanzado consenso en la comunidad de la ciencia, mientras más amplio mejor, después de que ha sido comentado en pasillos y comedores, presentado en seminarios y congresos, y publicado en revistas y libros; en otras palabras, no hay duda que el conocimiento científico posee un componente social, puesto que surge en, y depende de, la sociedad. Pero entre esto y que el contenido de la ciencia sea "nada más" una construcción social, hay gran distancia. Sin embargo, algunos sociólogos de la ciencia no la perciben (probablemente porque sufren de miopía "sociológica") y en sus estudios insisten en manejar el producto de la investigación científica como un "hecho social".

Un ejemplo casi paradigmático de esta tendencia es el libro de Latour y Woolgar titulado. La vida en el laboratorio: la construcción social de los hechos científicos, que apareció en 1979. Este volumen no es el producto de la secreción cerebral de filósofos encerrados en sus bibliotecas, sino el resultado de una investigación realizada por un sociólogo (Woolgar) y un filósofo (Latour) durante año y medio en un laboratorio de investigación científica del más alto nivel (el Instituto Salk para Estudios Biológicos, en California), mientras se trabajaba en un proyecto cuyos resultados finalmente culminaron en un premio Nobel. Para establecer la relación más íntima y completa

entre los autores del libro y los investigadores que estaban siendo estudiados, uno de los autores (Latour) trabajó como técnico de laboratorio mientras realizaba sus estudios sociológicos. Cuando finalmente apareció, el libro escrito por Latour y Woolgar se transformó casi instantáneamente en un clásico de la literatura sociológica. Yo lo adquirí en 1982 sin saber de lo que se trataba, atraído por el título y por la elogiosa descripción de la contraportada, y confieso que después de mi primera lectura me pareció interesante pero controversial, y que marqué algunos párrafos con signos de admiración (que en mi taquigrafía significa aprobación) y otros más con ojo (que quiere decir "cuidado", "dudoso", "falso" o hasta francamente "pernicioso"). Pero no fue sino hasta después de varios años (en 1985) que mi buen amigo Carlos Larralde me hizo llegar el texto de una inteligente y perceptiva revisión suya de la segunda edición de este libro, que regresé a sus páginas y adquirí plena conciencia de su significado más general, histórico y filosófico.

Latour y Woolgar postulan que los productos tangibles de un laboratorio de investigación son sus artículos científicos, repositorios de una serie de hechos descubiertos y caracterizados por los investigadores. A continuación, Latour y Woolgar se preguntan de qué manera se generan los hechos descritos en las publicaciones mencionadas. Y es a partir de este paso que sus postulados y conclusiones se apartan de lo que los hombres de ciencia estaríamos dispuestos a aceptar como verdadero. Latour y Woolgar construyen una "jerarquía del conocimiento" de cinco niveles, caracterizados de menos a más como sigue:

- 1) Conjeturas y especulaciones más o menos libres, expresadas en privado y ocasionalmente mencionadas al final de algún artículo.
- 2) Sugestiones teóricas, de naturaleza exploratoria, no apoyadas en hechos sino más bien en ideas interesantes para nuevos experimentos.
- 3) Propositiones basadas en proposiciones acerca de otras proposiciones (por ejemplo, "se supone que las proteinasas de la *E. histolytica* son responsables del daño tisular producido por el parásito").
- 4) Hechos incontrovertibles, que todo el mundo acepta, como los que aparecen en los libros de texto.
- 5) Hechos tan conocidos que ya han rebasado el nivel de la conciencia y por lo tanto casi nunca se mencionan o discuten en el laboratorio.

En su estudio, Latour y Woolgar concluyen que la investigación científica podría caracterizarse como la progresión de las ideas a lo largo de tal "jerarquía del conocimiento". Naturalmente, en esta progresión influirían muchos otros factores, como por ejemplo las difíciles negociaciones acerca del status social, la autoridad y el poder relativo de cada uno de los individuos implicados en el proceso, y otras más; en última instancia (nos dicen Latour y Woolgar) la actividad científica no tiene nada que ver con la naturaleza; más bien es una fiera que pelea para construir "la realidad". Como quiera que se vea, ésta es una conclusión extraordinaria, pero también no deja de tener un elemento de realidad. Desde hace mucho tiempo se ha discutido si lo que realmente hacemos los científicos es descubrir o inventar a la naturaleza. Confieso que tal disyuntiva nunca me ha parecido importante; lo que siempre he considerado fundamental es que nuestros trabajos científicos, tanto teóricos como prácticos, finalmente funcionan eficientemente en la naturaleza. Eso es todo lo que la ciencia, a

través de toda la historia, ha pretendido ser: una actividad humana dedicada a identificar, definir y resolver problemas de la realidad, problemas de la naturaleza. Como se trata de una actividad del hombre, la ciencia se da exclusivamente dentro del marco que incluye las cosas humanas, con todas sus excelencias y también con todas sus limitaciones.

Todavía no puedo decidir si el hecho incontestable de que el conocimiento científico sea en gran parte resultado de la invención humana y del consenso social es parte de la excelencia o de las limitaciones del *H. sapiens*. Pero no tengo la menor duda de que, con toda su importancia, el componente social del conocimiento científico sólo representa una parte de su configuración completa, la otra parte está formada por su capacidad predictiva y por su concordancia con la realidad, o sea por la manera como funciona en diferentes situaciones objetivas.

Como ya dije lo mismo dos veces, creo que debo intentar explicarlo. En contraste con la filosofía, la literatura, la danza, la poesía, la pintura, la música y tantas otras manifestaciones elevadas del espíritu humano, la ciencia comparte con la política, la industria, la ingeniería, el metro y el servicio de telégrafos, una obligación fundamental: la de producir resultados concretos y objetivos, la de funcionar. Al margen de su inmenso valor cultural y de su enorme contribución al avance de la civilización, el trabajo científico de Pasteur también sirvió para establecer un método general de preparación de vacunas, por medio de gérmenes de virulencia experimentalmente atenuada. Este método ha funcionado muy bien, ya que siguiendo la idea de Pasteur se han producido vacunas eficientes para varias enfermedades infecciosas, y los resultados benéficos obtenidos no pueden considerarse como una "construcción social", en vista de que las vacunas tienen el mismo efecto en sociedades tan distintas como los grupos gay de Nueva York y los indígenas zapotecas de la sierra de Oaxaca.

En otras palabras, el conocimiento que surge de la ciencia no está determinado, como postulan Latour y Woolgar, nada más socialmente; su contenido no depende en exclusiva de la estructura y el estilo de la sociedad en la que se desarrolla. Desde tiempo inmemorial, la ciencia también ha dependido, no sólo para definir sus áreas de trabajo sino para enjuiciar sus resultados, de su contacto con la realidad. Ésta ha sido su fuerza, lo que explica su enorme influencia como factor transformador de la sociedad en los últimos cuatro siglos, pero también ha sido su tragedia, porque progresivamente ha ido dejando fuera muchos de los aspectos que más nos inquietan y nos interesan a los miembros de la especie *H. sapiens*.

De todos modos, lo que se debe señalar aquí es que, con toda la importancia que indudablemente tiene el componente social del conocimiento científico, al final de cuentas este conocimiento también debe servir para hacer predicciones verificables en la realidad; es importante que se alcance el máximo consenso entre los expertos, pero es todavía más importante que exista correspondencia entre los postulados científicos y el mundo real.

LAS ETAPAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN*

Marie-Fabienne Fortin
Jose Côte
Bilkis Vissandjee

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el estudiante debería ser capaz de:

- ❖ Precisar el papel de la observación en la investigación
 - ❖ Definir los principales términos que se refieren a la investigación científica
 - ❖ Describir los diferentes tipos de variables
 - ❖ Explicar las etapas del proceso de investigación
-

El proceso científico se efectúa generalmente de una forma ordenada, a través de una serie de etapas. El mismo sentido del término “proceso” sugiere la existencia de fases progresivas que conducen a un fin. En esta obra, el proceso de investigación se ha organizado con arreglo de tres fases, conceptual, metodológica y empírica, cada una de las cuales comporta etapas de trabajo determinadas (veáse más adelante la figura 3.1). Antes de emprender el examen pormenorizado de cada una de las etapas del proceso de investigación, nos detendremos a estudiar los principales términos del proceso de investigación científica.

3.1 DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Observación

La observación es la piedra angular del conocimiento y constituye el elemento central del proceso de investigación. Observar significa considerar con atención la realidad con el fin de conocerla y comprenderla mejor. La observación científica está estrechamente ligada a la teoría, la cual explica las relaciones entre los hechos observados y las proposiciones (Seaman, 1987). El investigador puede partir de una teoría para llegar a una observación o viceversa. Los medios utilizados por el investigador para observar varían en función del objeto observado. La observación se encuentra en cada una de las etapas de una investigación. Basada sobre conocimientos preexistentes, refleja la agudeza e intuición del investigador.

Concepto

Los conceptos son los elementos básicos del lenguaje que transmiten los pensamientos, las ideas y las nociones abstractas. Porque resumen y categorizar las observaciones concretas, los conceptos sirven para unir el pensamiento abstracto con la experiencia sensorial. El término mismo de “concepto” constituye la base de la investigación, ya que son los conceptos y sus relaciones mutuas las que forman las proposiciones teóricas que se verifican por el investigador bajo la forma de hipótesis. Un concepto es una idea abstracta que representa las manifestaciones de determinados comportamientos o características, como pueden ser el dolor, la salud, el shock, etc.

“Constructo”

Una variante de la noción de concepto es la de “constructo”. Según Kerlinger (1973), el “constructo” es un concepto especialmente inventado o adoptado por el investigador con un fin científico preciso. El “centro de control de la salud”, los

* Fortin MF, Côte J, Vissandjee B. (1999) *Las etapas del proceso de la investigación en El proceso de la investigación: de la conceptualización a la realización*. Mc Graw-Hill Interamericana. México. pp19-26

“autocuidados” y el “apoyo social” son ejemplos de constructos. El término “constructo” tiene en general una significación más teórica que empírica, a no ser que esté relacionado con el hecho observable o un fenómeno. Por ejemplo, el constructo “apoyo social” no puede ser observado a menos que se materialice en una realidad tangible, como la cantidad de intercambios que una persona realice con sus amigos o su entorno.

Variable

Aunque los términos “conceptos”, “constructos” y “variables” se utilicen a veces indistintamente, no es menos cierto que el término “variable” es el término privilegiado en el contexto de las aplicaciones de la medida. Cuando se utiliza un concepto en una investigación, toma el nombre de “variable”. Las variables son cualidades o características de objetos, personas o situaciones que se estudian en una investigación. Una variable puede adoptar diferentes valores para expresar grados, cantidades o diferencias. Es un parámetro al que se le asignan valores numéricos (Kerlinger, 1973). Por ejemplo, el peso expresa valores diferentes que afectan a los objetos que son más o menos pesados o más o menos ligeros. La autoestima, una variable más abstracta, puede tomar un conjunto de valores, expresados bajo la forma de grados o puntuaciones. De la misma manera, a la presión arterial, variable más fácilmente cuantificable, se le atribuyen diferentes valores numéricos a tenor del estado cardiovascular de una persona.

Por definición una variable tiene una propiedad inherente de variación y de asignación de valores. Polit y Hungler (1995) precisan que la actividad de investigación se emprende a fin de comprender cómo y por qué cambian los diferentes valores de una variable y cómo se asocian a los diferentes valores de otras variables.

Tipos de variables

Las variables se pueden clasificar de diferentes maneras, según como se utilicen en una investigación. Algunas pueden ser manipuladas, otras controladas. Los tipos de variables que más se suelen mencionar en las obras metodológicas son: 1) las variables independientes y las dependientes; 2) las variables atributo, y 3) las variables extrañas.

1) VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES

Las variables independientes y dependientes están unidas en el estudio de tipo experimental, en el sentido de que se influyen recíprocamente. Esta relación constituye la base de la predicción y se expresa a través de la formulación de hipótesis. La variable independiente es la que el investigador manipula en un estudio experimental para poder medir el efecto de ésta sobre la variable dependiente. A la variable independiente o explicativa se le denomina a menudo tratamiento o intervención, o sencillamente variable experimental. A título de ejemplo, si se considera la hipótesis según la cual se reduce la ansiedad de unos pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica cardiovascular a través de un curso específicamente diseñado para ello, la variable independiente es el curso específico (cuyos efectos se quieren medir). La variable dependiente (en este caso el nivel de ansiedad) es la que sufre el efecto esperado de la variable independiente: se trata del comportamiento, la respuesta o el resultado observado que se debe a la presencia de la variable independiente. Con frecuencia se le denomina a la variable dependiente

“variable criterio” o “variable explicada”. Debe señalarse que, en un estudio, pueden existir diversas variables dependientes sometidas al efecto de una o más variables independientes.

2) VARIABLES ATRIBUTO

Las variables atributo son las características de los sujetos en un estudio. Son generalmente variables demográficas: edad, escolaridad, sexo, estado civil, renta, etnia, etc. Se les denomina también variables orgánicas. La elección de las variables atributo se determina en función de las necesidades del estudio. Una vez finalizada la recogida de datos, la información sirve para trazar un perfil de las características de los sujetos de las muestras.

3) VARIABLES EXTRAÑAS

Son variables que pueden tener efectos inesperados y modificar los resultados de una investigación. Están presentes en todos los estudios y pueden influir tanto en la variable independiente como en la dependiente. En el estudio de tipo experimental, los sujetos se reparten de forma aleatoria en los grupos, de manera que las variables extrañas se distribuyan también aleatoriamente y no actúen sobre las diferencias observadas en los grupos (Contandriopoulos y col., 1990). En ausencia de un reparto aleatorio, el investigador debe reconocer estas variables e intentar limitar su influencia. Las variables extrañas definidas por el investigador al comienzo del estudio, pero que no pueden ser dominadas, reciben el nombre de “variables de confusión”. A menudo, estas variables se introducen en el estudio y se tienen en cuenta en los análisis estadísticos (Burns y Grove, 1993). Las variables del entorno físico y social, las variables demográficas y las características individuales son citadas a menudo como variables de confusión potenciales.

Definiciones conceptuales

Definiciones operativas

Los conceptos y los constructos se pueden definir de dos formas, bien por definiciones conceptuales, bien por definiciones operativas. Una definición conceptual explica un constructo o un concepto con la ayuda de otras palabras, a semejanza de las definiciones que podemos encontrar en un diccionario. Una definición operativa precisa las acciones o los comportamientos, expresados al describir cómo se va a medir una variable. Según Kerlinger (1973), una definición operativa otorga un significado a un constructo o a un concepto precisando las actuaciones y operaciones necesarias para realizar la medición de los mismos. Son instrucciones que precisan cómo se van a hacer las observaciones. Las definiciones operativas son esenciales en la investigación científica no sólo porque permiten medir las variables, sino también porque sirven de puente entre la teoría y la observación (Kerlinger, 1973).

El proceso que se dirige a hacer operativo un concepto resalta los vínculos entre el pensamiento y la experiencia, al delimitar cómo un concepto o una idea abstracta se van a identificar y medir en términos concretos. Algunas variables son más difíciles de convertir en operativas que otras. Por ejemplo, es más fácil definir de manera operativa el peso, la talla o la renta familiar que los conceptos de soledad o autoestima. La preocupación por delimitar el significado otorgado a los conceptos por los participantes en la investigación justifica esta precisión. Como lo indican Polit y

Hungler (1995), es importante que los investigadores sean meticulosos en la descripción de las bases conceptuales y metodológicas de los conceptos clave.

3.2 FASES Y ETAPAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

El proceso de investigación comporta tres fases principales: 1) la fase conceptual; 2) la fase metodológica, y 3) la fase empírica. La figura 3.1 ilustra estas tres fases e indica las etapas correspondientes. Estas etapas no son del todo independientes entre sí, ya que se superponen para permitir una mejor clarificación del objeto de estudio. Por ejemplo, en la fase conceptual, la primera etapa consiste en definir un tema o campo de investigación. Con la segunda etapa, este campo se examinará por medio de los trabajos anteriores, redefinido, y después apoya por un marco conceptual o teórico (tercera etapa), que proporcionará una perspectiva al estudio. La descripción pormenorizada de las diversas etapas del proceso de investigación se presenta a lo largo de los siguientes capítulos.

Fase conceptual

Cuando hablamos de conceptuar nos referimos a un proceso, a una manera ordenada de formular ideas, de documentarlas en torno a un tema preciso, con el fin de llegar a una concepción clara y organizada del objeto de estudio. Para llevar a buen fin una investigación, es necesario aprender a pensar, a plantear una buena pregunta, a encontrar una respuesta y a verificar su validez.

La fase conceptual comienza cuando el investigador juega con una idea para orientar su investigación. La idea puede provenir de una observación, de los escritos, de una irritación por un campo determinado o, incluso, de un concepto. A menudo el investigador descubre que su campo de investigación es demasiado amplio para plantear una única cuestión. El campo deberá limitarse de manera que el estudio sea realizable. A continuación, una hojeada a la bibliografía proporcionará al investigador una comprensión de los escritos existentes, situando su campo de investigación en el contexto de los conocimientos actuales. El conocimiento de los escritos anteriores en relación con este campo sugiere el tipo de cuestión a plantear y el método apropiado para responder a la cuestión. La lectura de los trabajos anteriores permite, asimismo, delimitar un marco conceptual o teórico que proporciona una perspectiva al estudio. Estas actuaciones conducen progresivamente al enunciado de la finalidad, de las cuestiones de investigación y de las hipótesis.

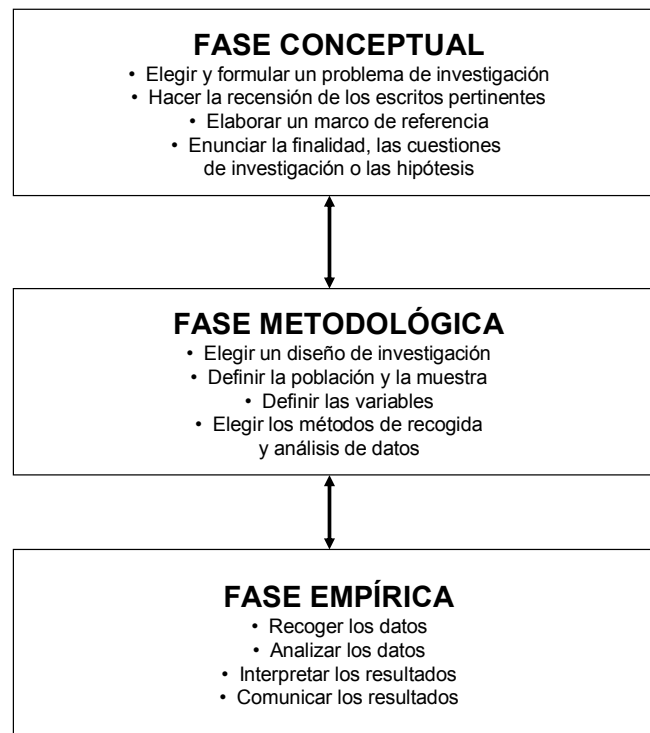


FIGURA 3.1 Etapas del proceso de investigación

La importancia de la fase conceptual está, a menudo, subestimada en el proceso de la investigación. Sin embargo, se revela como una fase crucial ya que el análisis de una situación problemática necesita una cuestión de investigación muy depurada. Además de las observaciones sobre el terreno, esta cuestión de investigación deberá alimentarse de los trabajos anteriores y de teorías que justifican su ubicación en el marco de los conocimientos actuales. Esta fase de conceptualización reviste pues una gran importancia, ya que es la que proporciona a la investigación sus cimientos, su perspectiva y su proyección. Sus cuatro etapas principales se describen en los párrafos siguientes.

1) ELEGIR Y FORMULAR UN PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La etapa inicial del proceso de investigación consiste en hallar un campo de estudio que interese o preocupe al investigador y revista importancia para la disciplina. Este campo puede estar asociado a preocupaciones clínicas o sociales y representar comportamientos, observaciones, creencias, etc. Una ojeada a los escritos pertinentes es esencial en esta etapa para situar el campo de estudio en el contexto de los conocimientos actuales.

En principio, el investigador elige un campo de estudio general, cuyo contenido va perfilando con el propósito de llegar a una cuestión de investigación que pueda estudiarse empíricamente. A lo largo del proceso de formulación de una cuestión de investigación precisa, es importante preguntarse por su pertinencia, su alcance teórico y práctico, así como por sus dimensiones metodológicas y éticas.

Finalmente, la formulación de un problema de investigación consiste en desarrollar una idea por medio de una progresión lógica de opiniones, argumentos y de hechos relativos al estudio que se desea emprender. El problema de investigación se articula con la cuestión precisa enunciada en relación con el campo de estudio objeto de interés. Para formular un problema de investigación, es esencial consultar los trabajos anteriores, apoyarlo en un marco de referencia apropiado y ordenar todos los elementos que forman parte del problema. La consulta de los trabajos anteriores relativos al tema estudiado permitirá delimitar un marco de referencia teórico o conceptual apropiado.

2) HACER LA RECENSIÓN DE LOS ESCRITOS PERTINENTES

Una recensión de los escritos es un texto que resume algunos otros con respecto a un tema preciso, estableciendo las relaciones entre ellos y exponiendo su problemática común (Tremblay, 1994). Una recensión de los escritos teóricos y empíricos que pertenecen a un campo de estudio de interés permite determinar el nivel actual de los conocimientos con relación al problema de investigación objeto de estudio. La recensión de los escritos permite determinar los conceptos o la teoría que servirán como marco de referencia. La recensión permite asimismo, poner de relieve los puntos fuertes y los puntos débiles de los estudios examinados.

3) ELABORAR UN MARCO DE REFERENCIA

En principio, el marco de referencia define la perspectiva según la cual se va a abordar el problema de investigación y sitúa el estudio en un contexto significativo. Se trata de una estructura que une todos los componentes de un estudio. Puede distinguirse entre marco conceptual y marco teórico. La referencia a los conceptos que provienen de teorías, experiencias o investigaciones permite desarrollar el marco conceptual en una situación concreta. Por lo que hace al cuadro teórico, explica las relaciones que existen entre los conceptos estudiados: es la expresión de una teoría que ya existe. De esta manera, el marco de referencia, bien sea teórico o conceptual orienta la formulación de las cuestiones de investigación o de las hipótesis y determina la perspectiva del estudio.

4) ENUNCIAR LA FINALIDAD, LAS CUESTIONES DE INVESTIGACIÓN O LAS HIPÓTESIS

En el marco de una investigación, los términos “finalidad”, “cuestiones” e “hipótesis” son más o menos equivalentes desde el momento en que introducen el por qué del estudio, aunque se formulen de manera diferente. La finalidad es más general y las cuestiones y las hipótesis vienen a precisar la finalidad. A tenor del estado de los conocimientos en relación con el campo de estudio, se utilizarán bien cuestiones de investigación, bien hipótesis.

La finalidad es un enunciado que indica claramente lo que el investigador tiene intención de realizar en el curso de su estudio. Puede tratarse de explorar, identificar, describir o, incluso, de explicar o de predecir tal o cual fenómeno. Según el tipo de investigación, se formularán cuestiones o hipótesis. Si se trata de un estudio exploratorio o descriptivo, se enunciarán cuestiones de investigación. Las cuestiones de investigación son enunciados interrogativos precisos, escritos en presente, y que incluyen en el estudio la o las variables. En el caso de estudios correlacionales y experimentales, se formularán hipótesis. Las hipótesis son enunciados formales de las

relaciones presuntas entre dos o más variables, enunciados de predicción de los efectos que se esperan del estudio.

Fase metodológica

A lo largo de esta fase, el investigador determina los métodos que utilizará para obtener las repuestas a las cuestiones de investigación planteadas o en las hipótesis formuladas. Elige un diseño apropiado según que se trate de explorar, describir un fenómeno, examinar asociaciones o diferencias, o verificar hipótesis. El investigador define la población y escoge los instrumentos de medida más apropiados para efectuar la recogida de datos. También se asegura que los instrumentos son fiables y válidos. Estas diferentes decisiones metodológicas son importantes para asegurar la fiabilidad y calidad de los resultados de la investigación. Esta fase se compone de cuatro etapas, que vamos a describir a continuación.

1) ELEGIR UN DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta etapa depende de la naturaleza del problema de investigación. El diseño es el plan lógico elaborado y utilizado por el investigador para obtener las respuestas a las cuestiones de investigación. El diseño especifica cuál de los diferentes tipos de investigación se va a utilizar y cómo el investigador planifica el control de las variables. La elección del diseño depende del problema en cuestión y del estado de los conocimientos relativos a este problema. Los elementos del diseño de investigación: la muestra, las condiciones con arreglo a las cuales se van a recoger los datos, los métodos de recogida de datos y la elección del método de análisis.

2) DEFINIR LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

Una vez que la cuestión objeto de estudio se ha precisado, documentado por medio de escritos e insertado en un diseño adecuado, el investigador caracteriza la población estableciendo criterios de selección para su estudio, precisa la muestra y determina su tamaño. La población comprende todos los elementos (personas, grupos, objetos) que presentan características comunes que se definen a través de criterios establecidos para su estudio. A este respecto, es necesario distinguir entre la población diana y la población accesible. La población diana se refiere a la población que el investigador quiere estudiar y sobre la que desea hacer generalizaciones. La población accesible es la parte de la población *diana* que está al alcance del investigador. Puede estar limitada a una región, a una ciudad, a un establecimiento, etc. Una muestra es un subconjunto de elementos o de sujetos extraídos de la población, a los que se invita a participar en el estudio. Se trata de una réplica en miniatura de la población *diana*.

3) DEFINIR LAS VARIABLES

Las definiciones conceptuales de las variables presentadas por el marco de referencia sirven de guía a la definición operativa de las variables. Esta operación permite observar y medir conceptos. Las definiciones operativas asignan un significado a un concepto o a una variable precisando las actividades u operaciones necesarias para su medición.

4) ELEGIR LOS MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS Y DE ANÁLISIS DE DATOS

En esta etapa, el investigador describe los métodos de recogida de datos que se van a utilizar. Hay distintos instrumentos que pueden servir para medir las variables de un estudio. Los instrumentos de medida pueden consistir en entrevistas, cuestionarios, guías de observación, escalas de medida, etc. El investigador describe las características de los instrumentos y estudia los aspectos de fiabilidad y validez. Prevé, en la medida de lo posible, los problemas que podría plantear el proceso de recogida de datos. Precisa, de la misma manera, los tipos de análisis estadísticos que se van a utilizar en el tratamiento de los datos.

Fase empírica

Llegado este momento, se procede a aplicar el plan de investigación elaborado en la fase precedente. Esta fase incluye la recogida de datos sobre el terreno, seguida de su organización y tratamiento. Para conseguirlo, se utilizan técnicas estadísticas descriptivas o inferenciales o, según los casos, análisis de contenido. Inmediatamente, se pasa a la interpretación y después a la comunicación de los resultados. A partir de estos resultados, se pueden proponer nuevas líneas de investigación y formular recomendaciones. A continuación se explican las cuatro etapas principales de esta etapa.

1) RECOGER LOS DATOS

La recogida de los datos se realiza según un plan preestablecido. Se trata de una recogida sistemática de informaciones de los participantes, con la ayuda de los instrumentos de medida escogidos. En esta etapa, se debe precisar el desarrollo de la recogida de los datos, así como las etapas preliminares que han conducido a la obtención de las autorizaciones requeridas para realizar el estudio en el establecimiento escogido, si ha habido lugar. Más adelante estudiaremos la importancia de presentar un formulario de consentimiento a los participantes que incluya explicaciones sobre la naturaleza del proyecto y de su participación.

2) ANALIZAR LOS DATOS

El análisis de los datos permite conseguir resultados que pueden ser interpretados por el investigador. Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según que se trate de explorar o describir fenómenos, o de verificar las relaciones entre las variables. A tal fin, se dispone de una gran variedad de análisis estadísticos. El análisis cualitativo reúne y resume, en forma de narración, los datos que no son numéricos. Cualquiera que sea la naturaleza del tratamiento de los datos, es necesario preparar antes un plan de análisis.

3) INTERPRETAR LOS RESULTADOS

Una vez analizados los datos y presentados con la ayuda de cuadros y figuras, el investigador, los explica en el contexto de su estudio y a la luz de trabajos anteriores. Sobre la base de tales resultados, puede extraer conclusiones en relación con la teoría, la práctica y la investigación y, proponer recomendaciones, no sólo para la práctica, sino también para investigaciones futuras.

4) COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de una investigación tienen poca utilidad si no se dan a conocer tanto en el plano nacional como en el internacional. Con el fin de comunicar los resultados de su estudio, el investigador debe redactar un informe de investigación, una memoria

o una tesis en la que queden reflejadas las etapas seguidas. Los resultados se comunican también en conferencias y publicaciones de carácter científico o profesional.

3.3 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

En el caso de un enfoque de carácter cualitativo, algunas etapas del proceso de investigación se llevan a cabo simultáneamente o de manera iterativa. Las principales etapas son:

1) La formulación de un problema general de investigación a partir de una situación concreta que comporta un fenómeno que se puede describir y comprender según los significados otorgados por los participantes a los hechos en cuestión (McMillan y Schumaker, 1989), o incluso partiendo de un concepto; 2) el enunciado de cuestiones concretas con el propósito de explorar los elementos estructurales, las interacciones y los procesos que permitan describir el fenómeno, elaborar el concepto; 3) la elección de los métodos de la recogida de datos (observación, entrevistas, registros); 4) la elección de un contexto social y de una población (muestreo teórico); 5) la recogida de datos y el análisis de donde se obtiene una descripción detallada de los hechos descritos por los participantes que han vivido tal situación o experiencia; 6) la elaboración de hipótesis interpretativas a partir de los conocimientos obtenidos, con el fin de dar un significado a la situación; 7) la reformulación iterativa del problema, de las cuestiones o modificaciones y del integración del concepto a medida que se añaden nuevos datos (Gauthier, 1992).

Las etapas del proceso de investigación descritas en los párrafos precedentes representan una concepción ideal de lo que el investigador pretende realizar, sin embargo, el proceso raramente sigue un modelo secuencial fijo. La culminación de una etapa, en este caso la formulación de un problema requiere la recensión de los escritos, la cual se lleva a cabo simultáneamente con el perfeccionamiento del tema objeto de estudio.

3.4 RESUMEN

Antes de emprender una investigación es necesario conocer los términos relacionados con el campo de la investigación científica, como “observación”, “concepto”, “variable”, “definición conceptual”, “definición operativa”. La observación, elemento central del proceso de investigación, está estrechamente relacionada con la teoría, la cual explica las relaciones entre los hechos observados. Los conceptos son imágenes mentales formadas a partir de la realidad. Dado que éstos resumen y definen las observaciones, los conceptos sirven para ligar el pensamiento abstracto y la experiencia sensorial. Las variables son cualidades, propiedades o características de las personas o de las situaciones que se estudian en una investigación.

Una variable puede tomar diferentes valores: es un parámetro al que se asignan valores numéricos. Los tipos de variables incluyen las variables independientes, dependientes, atributos y extrañas. La variable independiente es la que manipula el investigador para medir el efecto que produce sobre la variable dependiente. Los cambios producidos en lo que se refiere a la variable dependiente, se presume que se deben a la variable independiente. Las variables atributos son las características de los sujetos que sirven para describir la muestra. Las variables extrañas son las de entorno físico y social que pueden oscurecer los resultados del estudio.

Los conceptos se pueden definir de dos formas, bien mediante definiciones conceptuales, bien mediante definiciones operativas. Una definición conceptual explica el concepto por medio de otras palabras. Una definición operacional precisa las acciones a emprender para medir una variable.

El proceso de investigación comprende una serie de etapas progresivas que permiten llevar a cabo un proyecto de investigación: las fases conceptual, metodológica y empírica, y las etapas correspondientes. En un paradigma cualitativo, las etapas del proceso de investigación se llevan a cabo, a menudo, de forma simultánea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURNS, N., GROVE, S. k. (1993) *The practice of nursing research: Conducts, critique and utilization*, 3ª ed. Toronto, W. B. Saunders.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J. l.; Boyle, P. (1990) *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal : PUM
- GAUTHIER, B. (1992) *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, 2ª ed. Ste-Foy : Presses de l'Université du Quebec.
- KERLINGER, F. N. (1973) *Foundations of behavioral research*, 2ª ed. New York: Holt, Rinehart et Winston, Inc.
- McMILLAN, J. H., SCHUMACHER, S. (1989) *Research in education: A conceptual introduction*. Glenview, Il.: Scott, Foresman.
- POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. (1995) *Nursing research: principles and methods*. 5ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Co.
- SEAMAN, C. H. C. (1987) *Research methods: Principles, practice and theory for nursing*, 3ª ed, Norwalk: Appleton& Lange.
- TREMBLAY, R. (1994) *Savoir faire: précis de méthodologie pratique*, 2ª ed. Montréal : McGraw-Hill, Éditeurs.

UNIDAD TEMÁTICA 4

LOS MÉTODOS CUALITATIVOS COMO VÍAS PARA INVESTIGAR EN SALUD Y EN ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

La investigación cualitativa, epistemológicamente, se preocupa por la construcción de conocimiento sobre la realidad social y cultural desde el punto de vista de quienes la producen y la viven. Metodológicamente tal postura implica asumir un carácter dialógico en las creencias, las mentalidades, los mitos, los prejuicios y los sentimientos, los cuales son aceptados como elementos de análisis para producir conocimiento sobre la realidad humana. En efecto, problemas como descubrir el sentido, la lógica y la dinámica de las acciones humanas concretas, se convierten en una constante de las diversas perspectivas cualitativas.

La inclusión de la lectura *Investigación cualitativa y práctica de enfermería* tiene la finalidad de que revises los presupuestos que están implicados en la práctica y la investigación de enfermería desde el enfoque cualitativo. Por su parte, la lectura del artículo *Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería*, pretende que conozcas de una manera sucinta, los diferentes métodos de investigación cualitativos y te posibilite revisar la relación que existe entre ellos y la pertinencia de estudiar los fenómenos que investiga enfermería con éstos.

Es importante que consideres que ambos artículos te brindan la posibilidad de visualizar la gran relación que existe entre los supuestos filosóficos y epistemológicos que sustentan la investigación cualitativa y la naturaleza de los objetos y sujetos de estudio presentes en las concepciones contemporáneas de la enfermería, así como las diferentes vías para la investigación cualitativa y la contribución potencial que ofrecen para la investigación en enfermería.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Carmen de la Cuesta B. **

Resumen

La investigación en enfermería ha sido, tradicionalmente, dominada por el uso de métodos cuantitativos; a pesar de esto, los cualitativos han tenido gran aceptación entre los profesionales, pues entre las áreas básicas de la salud, enfermería es el grupo más implicado en la ejecución de estudios con esta metodología. Dichos estudios están produciendo un cuerpo de conocimientos en los cuidados de enfermería que visibilizan el trabajo de las enfermeras, pacientes y familiares, y están permitiendo que se desarrollen teorías de enfermería cercanas a la realidad de los profesionales que la practican.

Usando los hallazgos de estudios ya realizados en el campo de la salud, el artículo examina la contribución de la investigación cualitativa a la práctica de enfermería. El conocimiento producido por los estudios cualitativos ilumina a los que practican y suscita preguntas, cuyas respuestas orientan la práctica. Consecuentemente, mientras la responsabilidad de los investigadores es hacer que los estudios sean accesibles, la de los profesionales es, valorar su ajuste y relevancia a las situaciones específicas del campo real.

Palabras clave

Investigación en enfermería, Investigación cualitativa, Práctica de enfermería

QUALITATIVE RESEARCH AND NURSING PRACTICE

Summary

Nursing research has traditionally been dominated by quantitative methods. In spite of this, qualitative methodology is well accepted among nurses. They are the health professionals most involved in qualitative research studies. These studies are producing a corpus of knowledge in nursing care that is making visible the work of nurses, patients, and their relatives. Qualitative studies also enable the development of nursing theories closely related to practice.

This paper examines the contribution of qualitative research to nursing practice. Based on findings of previous research studies in health care, knowledge produced by qualitative studies enlightens professionals and raises questions that guide practice. Therefore, while researchers' responsibility is to make studies accessible, professionals is to evaluate its fit and relevance to specific practical situations.

Key words

Nursing, Research, Qualitative Research, Nursing Practical

El presente artículo pretende mostrar la contribución de la investigación cualitativa a la práctica de enfermería. Para ello, primero se explorarán algunos aspectos generales de la investigación en enfermería y luego se comentará, brevemente, la relación entre investigación y práctica. Por último, se usaran ejemplos de estudios hechos en el área de los cuidados de enfermería.

Investigación y enfermería

La investigación en enfermería ha sido dominada por el uso de métodos cuantitativos. Se ha señalado que esta alianza, entre los métodos cuantitativos y la enfermería, ha ocasionado grandes inconvenientes; entre otros, la incapacidad para aprehender la naturaleza del mundo del paciente; la producción de investigación, que se ha quedado corta en su aplicación práctica, y la ausencia de guías para mejorar la atención¹.

Si se considera que la enfermería se desenvuelve en el mundo empírico y social, es paradójico que desde sus inicios haya utilizado una metodología propia de las ciencias naturales. Esta contradicción se explica, en parte, cuando se examinan las características del modelo dominante en la atención de salud. El cuidado de enfermería se desarrolla dentro del modelo biomédico, cuyo paradigma de investigación es el positivismo. En éste la investigación se orienta hacia la explicación y predicción de fenómenos, por tanto se considera que la realidad es observable y externa a las personas, y que se puede aprehender aunque sea de manera imperfecta². En el positivismo, la metodología preferida para abordar el problema de investigación es el experimento y para el análisis de los datos, los métodos cuantitativos.

Pero al examinar la naturaleza del cuidado se hacen evidentes cuestiones que ni los experimentos ni las mediciones pueden responder. Cuidar es una actividad humana que tiene aspectos invisibles e intangibles; tantos que se le ha denominado un trabajo de amor³. Cuidar es un proceso en el cual la interacción con la persona a la que se cuida es fundamental, entonces las preguntas ¿cómo investigar la interacción entre el que cuida y el que es cuidado?, ¿cómo formalizar la buena práctica del cuidado de enfermería? y ¿cómo hacer visibles, con los métodos tradicionales de investigación, los múltiples trabajos que implica cuidar?

Para las personas que consideran el positivismo como la única manera de hacer un trabajo científico, estas preguntas no son legítimas; es decir, no son investigables, pues incluyen la experiencia subjetiva que no puede ser objetivada ni medida. Pero, se analizan desde otro punto de vista, el cualitativo, si es posible abordarlas.

La investigación cualitativa se basa en un paradigma distinto al dominante en los servicios de salud. Entiende que la realidad no es externa a las personas sino construida, es decir que por medio del pensamiento y la acción se da forma al mundo que rodea a las personas⁴. Los seres humanos son, por tanto, creadores, activos del mundo social: atribuyen significados subjetivos a los eventos y actúan de acuerdo con estas interpretaciones, las cuales se modifican en el propio proceso de relación con los demás^{5, 6}. El contexto social y la cultura son, evidentemente, recursos fundamentales en la construcción de sentido.

En este tipo de indagación no se busca la explicación ni la predicción, sino la comprensión expresada por Max Weber como *Verstehen*. Se comprende desde la perspectiva de adentro, es decir desde el punto de vista de las personas que vivencian una experiencia dada, y se comprende la intencionalidad de sus acciones². De esta

manera, comportamientos que a primera vista parecen irracionales o inexplicables, mirados desde el lugar de los actores tienen un sentido. Así, la metodología cualitativa no mide un fenómeno sino que lo describe e interpreta para que se conozca de manera más compleja y profunda.

Los hallazgos cualitativos no son, por tanto, formulaciones de verdades: son la mejor respuesta que se puede obtener a una pregunta en un momento dado⁷. Estas interpretaciones no carecen de rigor, pero se guían por criterios distintos a los empleados en la investigación cuantitativa. Entre los criterios que se utilizan para evaluar los estudios cualitativos se destacan los que hacen referencia a la veracidad y credibilidad de los hallazgos.

Aunque la tendencia en enfermería ha sido emplear métodos de investigación cuantitativos, la metodología cualitativa ha tenido una gran aceptación entre los profesionales. De hecho, dentro del sector de salud, enfermería es el grupo que más implicado en la ejecución de estudios cualitativos, en su difusión y en la formación de investigadores⁸. Cabe destacar el trabajo de la enfermera y antropóloga Janice Morse, quien ha establecido el primer Instituto Internacional de Metodología Cualitativa en Canadá para la formación y la difusión de investigaciones en salud⁹.

La implicación de la enfermería en el desarrollo de estudios está produciendo un cuerpo de conocimientos en los cuidados de enfermería que, entre otras cosas hacen visible el trabajo de las enfermeras, pacientes y familiares. Además, estos trabajos están permitiendo que se desarrollen teorías de enfermería cercana a la realidad de quienes la practican.¹⁰

Antes de examinar con ejemplos cómo la investigación cualitativa contribuye a la práctica de enfermería, es importante que se comente, de manera general, sobre la aplicación práctica de esta metodología de investigación.

Aplicación de la investigación

El mundo de la investigación y de la práctica han estado, casi siempre separados. Los reproches se han escuchado desde ambos lados: desde la segunda se critica que la investigación no responde a las necesidades del trabajo clínico, y desde ésta se culpa a los que practican por no implementar sus hallazgos. Esta situación se ha descrito, correctamente, como dos mundos con dos culturas diferentes¹¹. En esta discusión se da por sentado que la relación entre la práctica y la investigación es solo una; sin embargo, se pueden identificar tres modelos que muestran distintas maneras de ver esta relación^{12, 13}.

En el primero, denominado de disciplina, se considera que el objetivo de la investigación es contribuir al conocimiento de una disciplina en particular. La investigación por tanto, no pretende ser de aplicación inmediata y específica; en última instancia contribuye a la práctica. En este sentido, los hallazgos son de dominio público, se presentan para que otros los utilicen.

En contraste, el segundo modelo, llamado de ingeniería o de política, entiende que el papel de la investigación es proporcionar información que oriente innovaciones apropiadas, evalúe las pasadas; por tanto, prepare el camino para futuras políticas. En este caso, el objetivo de la investigación es resolver un problema específico.

La tercera manera de considerar la relación entre la investigación y la práctica es el modelo de investigación crítica. Ésta considera que la investigación debe orientarse a lograr un cambio social progresista, en términos emancipatorios. Así, la investigación no sólo se dirige a solucionar un problema sino también a transformar situaciones.

Estos modelos han sido cuestionados por no cumplir todos sus objetivos. La razón argumentada, es porque han puesto excesivas expectativas en el impacto de la investigación sobre la práctica; por tanto, se sugiere que se valoren de una manera más modesta las capacidades de los investigadores para producir conocimiento¹²⁻¹⁴. Se debe reconocer que el conocimiento social no es infalible ni universal, por el contrario, ofrece perspectivas desde diferentes ángulos, cuya idoneidad siempre puede ser cuestionada¹²⁻⁵. También, se debe considerar que el impacto de la investigación está limitado por el contexto de la práctica y por el tipo de conocimiento que la investigación produce y la práctica requiere.¹³

Entre los autores cualitativos hay gran consenso para situar la relación investigación-práctica en el modelo de disciplina, pero en una versión modesta¹⁶. En esta propuesta la investigación está encaminada hacia la producción de un conocimiento válido y relevante, y no a la solución de problemas prácticos. Este conocimiento de tipo general, no sería accesible para otros medios y proporcionaría un saber sobre las perspectivas y conductas de las personas, lo cual permite mayor comprensión sobre ellas.

Al revelar presupuestos y conductas sobre los que las personas no son totalmente conscientes, los estudios cualitativos también revelan puntos estratégicos para intervenir y alternativas de acción que no se habían considerado antes¹³⁻¹⁷. La investigación cualitativa se convierte entonces, en un poderoso instrumento para lograr comprensión de temas complejos y establecer bases de acción por seguir en la práctica¹⁸. No obstante, esto no se refiere a cualquier tipo de acción sino, como Anselm Strauss dijo, a una acción moral y efectiva pues aprehende la verdadera naturaleza de la realidad¹⁹.

Seguidamente, usando ejemplos de estudios, se examinará la contribución de la investigación cualitativa a la práctica de enfermería.

Visibilidad en el trabajo de enfermería

El cuidado, por ser una actividad realizada especialmente por mujeres, ha tendido a permanecer oculto, poco reconocido y con escaso prestigio social^{3,20}. Cuidar, como otros trabajos femeninos, plantea la paradoja de que su presencia se hace patente cuando está ausente, es decir lo que se nota es la falta o carencia. Una de las razones para esto es que hay muchas actividades en el cuidado que no se han visibilizado ni formalizado. Así, aunque para los profesionales de enfermería es obvio, que en su trabajo cotidiano, realizan labores de gran importancia para el desarrollo de los servicios y para el bienestar del enfermo: ¿es reconocido por otros trabajadores de la salud? ¿lo tienen en cuenta sus superiores? y, por último, ¿cuáles son dichas actividades?

Uno de los aportes más importantes de la investigación cualitativa a la práctica de la enfermería es precisamente visibilizar estos trabajos de enfermería. Así, por ejemplo, Strauss y sus colaboradores en 1985, identificaron el trabajo sentimental que realizan sobre todo las enfermeras durante la atención a los enfermos crónicos²¹. Este trabajo

se refiere a los cuidados psicosociales e incorpora diversas actividades como construir confianza, mantener compostura y rectificar errores de otros.

Más tarde, en 1991, Perakyla define el trabajo de esperanza que lleva a cabo el personal que atiende a enfermos terminales, como un proceso positivo con énfasis en la mejoría del enfermo y el control médico de la situación. La conversación es la herramienta más valiosa en este trabajo y es, además, una parte importante de las labores que realizan los profesionales de la salud.

Perakyla identifica tres tipos de trabajo de esperanza: 1) el paliativo, que se refiere a la contención de la situación o a la mejoría; 2) el curativo, que se centra en la esperanza de la curación completa y 3) el trabajo de dismantelar la esperanza. Aunque este último trabajo hace lo contrario a los otros, es decir desmonta la esperanza en una mejoría o en una curación, tiene una gran importancia para la preparación a la muerte. Así, tanto el enfermo como las personas que lo rodean pueden hacer preparativos para recibirla. Con este trabajo, de dismantelar la esperanza, la muerte se convierte en un evento esperado.

Por otro lado, basándose en un estudio sociológico previo, Smith, en 1992, describe el quehacer emocional de las enfermeras en salas de hospitalización^{23,24}. Este se refiere al manejo que ellas hacen de las emociones para poder desempeñar su rol.

En el campo de la atención primaria, la categoría creación de contextos muestra que las enfermeras comunitarias crean diferentes contextos de relación con los usuarios y que ellos son esenciales para el desarrollo y aceptación de los servicios de salud comunitaria⁸. En este estudio se devela que las enfermeras comunitarias se encuentran trabajando entre dos mundos: el de las políticas y reglas de salud, y el de los clientes. Por este motivo, desarrollan diversas estrategias para que estos mundos converjan y se pueda construir una agenda de salud común.

Las estrategias mencionadas son similares a las del mercadeo social. En un primer momento se promueve el servicio, y se presenta como algo necesario y positivo para los clientes. Luego se consideran las circunstancias bajo las cuales se va a prestar el servicio, es decir se hacen ajustes a su distribución. Por último, el propio contenido del servicio, que la enfermera comunitaria ofrece, se acomoda y confecciona conjuntamente con el cliente. Así, al poner en marcha estas estrategias, el contexto de la interacción entre la enfermera y el cliente pasa de estar separado o disociado a estar compartido.

Bajo esta perspectiva, el trabajo comunitario se revela complejo y demanda, de los profesionales, destrezas en la interacción social, flexibilidad, creatividad y sólidos conocimientos técnicos. La categoría creación de contextos indica, por tanto, que promover la salud de la comunidad trasciende la aplicación de técnicas, protocolos o la simple ejecución de tareas.

Los trabajos invisibles, mencionados anteriormente, tienen en común que consumen tiempo y producen desgaste en los profesionales. A pesar de su vital importancia, tienden a pasar inadvertidos para los administradores y gerentes. Los profesionales, aunque saben de ellos, raramente los visibilizan. Identificar estos cuidados, describirlos y analizar su función es la contribución de la enfermería a los servicios de salud y, además, permiten considerar el impacto económico, algo que, en el actual clima de economía de mercado, no se debe pasar por alto.

Sumado a lo anterior, la investigación permite el desarrollo de modelos y teorías de enfermería cercanas a la realidad, pues genera conocimiento de forma inductiva. Los estudios cualitativos, de esta manera, contribuyen a la fundamentación teórica de la profesión. Por ejemplo, Morse reporta un proyecto de investigación sobre el confort²⁵ que surge de la necesidad de desarrollar conceptos de enfermería de manera inductiva; parte de la teoría de que el confort tiene dos componentes: el cuidado o caring, que motiva a iniciar el proceso de enfermería y proporciona la calidad humanística durante los procedimientos, y otro que se refiere a las tareas o los propios procedimientos de enfermería²⁵.

Con base en esta conceptualización, esta autora propone un programa de investigación para desarrollar en tres fases. Se espera que la primera proporcione las bases teóricas del concepto de confort a través de estudios exploratorios y descriptivos, los cuales utilizan diferentes estrategias cualitativas: la primera es fenomenológica, se entrevistarán a diez pacientes de diferentes áreas hospitalarias y el análisis se centrará en la búsqueda de temas e interrelaciones que describan el significado que tiene para los pacientes el confort; la segunda es de etnociencia, se entrevistarán a cuarenta pacientes de las áreas médicas, quirúrgicas y de geriatría y el análisis será de contenido para describir los componentes del confort; la tercera estrategia es de teoría fundamentada, participarán cuarenta y cinco enfermeras, en calidad de profesionales, como de pacientes y de familiares de pacientes; los datos se recogerán a través de entrevista, observación participante y diarios personales y el análisis describirá el proceso básico social que utilizan las enfermeras para proporcionar confort.

La segunda fase propuesta por Morse, tratará de identificar las estrategias que emplean las enfermeras para brindar confort. En la tercera fase se pondrán a prueba intervenciones que logren confort en los pacientes. Con esta propuesta se da un giro teórico con respecto a estudios previos: se pasa de poner el énfasis en la investigación sobre la enfermera que cuida, a centrarse en el confort del paciente.

Conclusión

El descubrimiento de actividades ocultas de enfermería ha sido posible por el cambio de esquema o paradigma. En la enfermería se ha comprendido que la realidad puede ser organizada de diferentes maneras y que es, por tanto, construida. En su último libro, Umberto Eco proporciona un ejemplo muy ilustrativo sobre la construcción de la realidad: cuando Marco Polo narra haber visto un unicornio en la isla de Java, lo describe de una manera singular, dice que los unicornios no son blancos sino negros, que el cuerno es muy feo, que la lengua tiene espinas y que tiene las patas cortas. Marco Polo había visto un rinoceronte, sólo que no tenía en su cabeza el esquema del rinoceronte y sí el del unicornio, y entonces lo que hacía era intentar hacer coincidir su modelo mental con la realidad²⁶.

La investigación cualitativa permite el descubrimiento de fenómenos nuevos y la descripción permite, que se renueven y amplíen los esquemas mentales. Desplazarse hacia el paradigma interpretativo o constructivista ha posibilitado revelar aspectos novedosos de la enfermería y profundizar en la contribución que hace al desarrollo de los servicios de salud.

Finalmente la investigación cualitativa produce, en el campo práctico, un conocimiento cuya relevancia es general y no sería accesible por otros medios. Una de

sus contribuciones más importantes es la de hacer visibles procesos y perspectivas. El conocimiento cualitativo, en esencia, ilumina a los que practican y suscita preguntas cuyas respuestas orientaran la práctica. En consecuencia, mientras que la responsabilidad de los investigadores es hacer que los estudios sean accesibles, la de quienes ejercen la profesión es valorar su ajuste y relevancia a las situaciones específicas del campo práctico²⁵.

El quehacer profesional ha de visibilizarse mejor, sin duda, y la investigación cualitativa contribuye, eficazmente, a este fin. Pero es el uso que se haga de estos conocimientos lo que, al fin y al cabo, mejorará el ejercicio profesional. Éste es uno de los mayores retos al que se enfrentan los profesionales de enfermería: la validación y la incorporación de los hallazgos a su práctica clínica.

Referencias bibliográficas

1. Swason J, Chenitz WC Why Qualitative research in Nursing? *Nursing Outlook* 1982. 30(4):241-245.
2. Von Wright GH. *Comprensión y Explicación*. Madrid: Alianza Universidad. 1987.
3. Graham H. *Caring: a labour of love*. En Finch J. Groves D. *A labour of love: Women, work and caring* London: Routledge; 1983:13-30.
4. Gubrium JF, Holstein A, Buckholdt DR. *Constructing the life Course*. New York: General Hall, Inc; 1994.
5. Mead GH. *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago; 1934.
6. Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1969.
7. Guba EG, Lincoln YS. *Competing Paradigms in Qualitative Research*. En: Denzin NK Lincoln. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE; 1994:105-117.
8. De la Cuesta C. *Creación de contextos: trabajo intangible en enfermería comunitaria*. *Revista Rol de Enfermería*, 1994; 195:13-19.
9. Morse JM. *Qualitative Health Research*. 1998. 8(1):139.
10. Smith J. *Conference Report: Qualitative Research in Health and Social Care*. *Journal of Advanced Nursing* 1996, 23:848-851.
11. Mulhall A. *Nursing Research: our world not theirs?* *Journal of Advanced Nursing*. 1997, 25:969-976.
12. Hammersley M. *What's wrong with ethnography?* London: Routledge. 1992.
13. Hammersley M. *The politics of Social Research*. London: SAGE; 1995.
14. Thorne SE. *Phenomenological Positivism and Other Problematic Trends in Health Science Research*. *Qualitative Health Research* 1997; 7:287-293.
15. Denzin NK. *The Art and Politics of Interpretation*. En: NK Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE, 1994:500-515.
16. De la Cuesta C. *Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa*. *Enfermería Clínica*; 1998.
17. Mohr WK. *Interpretative Interactionism: Denzin's potential contribution to intervention and outcome research*. *Qualitative Health Research* 1997; 7:270-286.
18. Benoliel JQ. *Grounded Theory and Nursing Knowledge*. *Qualitative Health Research*. 1996; 6:406-428.
19. Strauss AL. *Negotiations*. California: Jossey-Bass; 1978.
20. Davies C. *Gender and the profesional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press; 1995.
21. Strauss AL, Fagerhaugh S, Suczeck B Wiemar C. *Social organization of medical work*. London: University of Chicago Press; 1985.
22. Perakyla A. *Hope work in the care of the seriously ill patient*. *Qualitative Health Research*. 1991; 1:407-433.
23. Smith P. *The emotional labour of Nursing*. Basingstoke: MacMillan, 1992.
24. Hochschild A. *The managed Heart*. Berkeley: University of Clifornia Press; 1983.
25. Morse JM, Field PA. *Qualitative Research Methods forHealth Professionals*. 2nd. Thousand Oaks: SAGE; 1995.
26. Gamboa S. *Eco: entre Kant y el ornitorrinco*. *Periódico El Tiempo*. Domingo 19 de octubre 1997; 16B.

* Artículo basado en la conferencia presentada en el XIV Congreso Colombiano de Enfermería, realizado en Manizales del 15 al 17 de julio de 1998.

** Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín. Colombia.
Fecha de recepción: octubre de 1998

CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMERÍA

Carmen de la Cuesta Benjumea* *

Resumen

Desde sus orígenes recientes la enfermería se ha interesado por la investigación, siendo los métodos cuantitativos los más usados. En las ciencias sociales, actualmente se reconocen cuatro paradigmas que fundamentan las distintas estrategias, éstas se consideran herramientas a disposición del investigador para que las use de manera inteligente en la solución de los problemas de investigación. Las características básicas de los estudios cualitativos se pueden resumir en que son investigaciones centradas en los sujetos, que adoptan la perspectiva del interior tomando el fenómeno a estudiar de manera integral. Los estudios cualitativos son de especial relevancia para los profesionales de la salud que se encargan del cuidado, la comunicación y la interacción con las personas. Las metodologías cualitativas más empleadas en salud son: la fenomenología, la etnografía y la teoría fundada. Los profesionales de enfermería son el grupo dentro del sector de la salud, que más interés está mostrando por la metodología cualitativa, han contribuido a su desarrollo y al del conocimiento en el campo de la salud.

Palabras clave

Investigación cualitativa, Investigación en Enfermería, Investigación

Summary

Since early days nursing had shown an interest on research but quantitative research is being the method mostly used. Nowadays, four paradigms are recognized in social sciences research. These inform different research strategies which are considered tools to be wisely used by the researcher. The basic features of qualitative research can be summarised as being focused on the individual, taking the emic point of view and studying the phenomenon as a whole. Qualitative research is of special interest to health professionals who focus on caring, communication and interaction. The qualitative approaches frequently used in health are: phenomenology, ethnography and grounded theory. Nurses are the health care professionals mostly interested in qualitative research. They have contributed to both its methodological development and health care knowledge.

Key words

Qualitative research, Nursing Research, Investigation, Research

* Enfermera PhD en Enfermería Comunitaria. Universidad de Liverpool. Inglaterra. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín.

El propósito de este artículo es presentar la naturaleza de la investigación cualitativa en el campo de la salud y examinar su relación con la enfermería. Para ello, primero se describe el contexto general de la investigación en enfermería; en segundo lugar se examinan las estrategias para desarrollar un conocimiento científico y se ilustra con un ejemplo. La última parte del artículo trata sobre las características de la investigación cualitativa, su desarrollo en el campo de la salud y la participación que la enfermería ha tenido en él.

EL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Es de todos conocido que la enfermería desde sus inicios ha tenido interés por la investigación. Con Florence Nightingale se reforma la enfermería y se introducen prácticas de investigación en la profesión; Nightingale consideraba que la observación y la recolección sistemática de datos eran necesarias para la enfermería. También señaló la necesidad de medir los resultados de los cuidados médicos y de enfermería.¹ No solo sugería actividades investigativas sino que también utilizaba este método. La recolección de datos y el análisis que hizo sobre el estado de salud de los soldados en la guerra de Crimea condujo a una variedad de reformas en el cuidado de la salud.² Esto la convierte en la primera enfermera investigadora que emprendió estudios de diversa índole, por ejemplo el relativo a la ubicación del Hospital San Thomas en Londres.

A lo largo del presente siglo la investigación en enfermería se ha desarrollado con diferentes ritmos y enfoques. El desarrollo de la educación superior en enfermería fue un factor decisivo para la proliferación de estudios de investigación conducidos por enfermeras. En la actualidad, la investigación es una práctica, con diferentes niveles, integrada al ejercicio profesional. Es raro encontrar alguien que, hoy en día, cuestione si la enfermera es capaz o no de investigar, o si la enfermería precisa de la investigación. Es ya indiscutible que el ejercicio de la enfermería ha de estar basado en la investigación y que el desarrollo profesional precisa de este método. En el último comité de expertos en enfermería se señaló que:

"La investigación es una actividad apropiada para todos los niveles de personal de enfermería puesto que contribuye a reconocer problemas... toda enfermera/o debe ser capaz de utilizar los hallazgos de las investigaciones y de modificar la practica a la luz de los nuevos resultados".³

Los estudios de investigación en enfermería han pasado de estar centrados en las cuestiones de formación y organización de servicios a estarlo en cuestiones clínicas y, más recientemente, se han focalizado en el desarrollo de teorías de enfermería.⁴ En la actualidad, la producción de trabajos de investigación en enfermería es variada y de gran riqueza. La literatura especializada muestra que en los últimos años se ha producido un giro hacia cuestiones comunitarias o de salud pública y hacia el estudio de la experiencia del enfermo, de la persona sana y de sus familiares.

No obstante, lo que ha dominado en la investigación de enfermería ha sido el uso de métodos cuantitativos. Por ejemplo, la revisión en 1989 de las tres principales revistas de investigación en enfermería mostró que el 95% de los estudios eran cuantitativos, siendo el 75% de éstos, diseños experimentales o casi experimentales.⁵ Esto no es de extrañar si se considera que el paradigma dominante en el campo de la salud ha sido el positivista; pero si se considera que la enfermería existe casi exclusivamente en el

mundo empírico social, no deja de ser paradójico constatar que la metodología que ha empleado ha sido la del laboratorio o del experimento de las ciencias naturales.⁶

Para la enfermería, las consecuencias de esta alianza con el enfoque cuantitativo, según Swanson y Chenitz,⁶ han sido: 1) la incapacidad de aprehender la naturaleza del mundo del paciente, 2) la producción de investigación que se queda corta para su aplicación en la práctica y 3) el fracaso para proporcionar una guía o dirección a la mejora de la atención del paciente. La irrupción de la metodología cualitativa en el campo de la salud esta transformando este panorama.

Conocimiento científico y modos de indagación científica

A pesar de que para desarrollar el conocimiento científico existen dos enfoques básicos, el de las ciencias naturales y el de las ciencias sociales, se ha tendido a igualar el método empleado en las ciencias naturales con el método científico, llegándose incluso a etiquetar de "acientífico" otro tipo de indagación. En la actualidad se hace cada vez más evidente que éstas no son posiciones antagónicas o excluyentes, sino que ambas son necesarias para saber sobre el mundo. Su idoneidad y eficacia se ha de juzgar por el tipo de conocimiento que se quiera recabar y no solamente según los parámetros de las ciencias naturales, pues éstos no son los únicos disponibles para producir conocimiento científico.

En las ciencias sociales actualmente se reconocen cuatro paradigmas que fundamentan distintas metodologías o estrategias para responder a preguntas de investigación: 1) el positivismo, 2) el pospositivismo, 3) la teoría crítica y otras ideológicamente relacionadas y 4) el constructivismo.⁷ Estos paradigmas son construcciones humanas, es decir, son creaciones de la mente humana y por tanto sujetas a error. Efectivamente, el concepto de paradigma implica un conjunto de creencias que no se pueden probar como verdaderas en un sentido convencional. Quienes propongan un determinado paradigma han de apoyarse en la persuasión y en su utilidad.⁷

Una de las diferencias más marcadas entre estos paradigmas es cómo entienden la naturaleza de la realidad o la cuestión ontológica. El positivismo considera que existe una realidad que es real, objetiva, externa a las personas y por tanto posible de aprehender. Como reacción a esta posición surge el pospositivismo que plantea un realismo crítico, cree en la objetividad de la realidad, pero considera que sólo es posible de aprehender de manera imperfecta y probabilística. La teoría crítica y otras relacionadas con ella plantean el realismo histórico y hacen énfasis en que esa realidad está moldeada por valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género.

Diferenciándose sustancialmente de los anteriores paradigmas, el constructivismo no cree que haya una sola realidad objetiva, entiende que hay realidades que se construyen de manera local y específica, que son internas a los individuos y que están vinculadas a los contextos y a las interpretaciones que de ellos se hacen. Interrelacionado con las posiciones ontológicas están las metodológicas. Así, el positivismo mantiene que los hallazgos son verdad y la manera para conocerla es a través del uso los métodos cuantitativos; en el pospositivismo se suaviza esta posición, se considera que los hallazgos son probablemente verdad y por ello en los estudios se pueden incluir métodos cualitativos, pero como auxiliares de los cuantitativos.

La teoría crítica y las otras relacionadas se separan claramente de estos presupuestos, consideran que los hallazgos están mediados por los valores del investigador y de los participantes que están unidos por la interacción; la metodología por tanto requiere del diálogo entre ellos. Este diálogo ha de transformar la ignorancia y concientizar a los participantes para que cambien las condiciones de su contexto. Por último, el constructivismo entiende que los hallazgos son creados y por tanto mientras que comparte con el paradigma anterior la necesidad metodológica del diálogo entre el investigador y los participantes, éste no es para transformar el contexto o las condiciones sino para poder interpretar los datos. Por esto, la metodología constructivista se la define como dialógica y hermenéutica.⁷

Se pueden considerar estos paradigmas como una evolución en la manera de entender la construcción del conocimiento científico. Inicialmente, las estrategias interpretativas o cualitativas estaban influidas por el positivismo y se creía que la realidad social tenía una base objetiva.⁸ Con el tiempo se dieron cambios sobre la manera de comprender el origen de los significados sociales, el conocimiento cualitativo se reconceptualizó de manera distinta al positivista; así en la actualidad se cree que los hallazgos cualitativos no son objetivos sino que son construcciones subjetivas que se dan en la interacción y por eso no precisan verificación cuantitativa.⁹ Es decir, hay autores que piensan que en las ciencias sociales se ha transitado desde el pospositivismo al constructivismo. No obstante, hay otros como Guba y Lincoln que mantienen que estos paradigmas, con la excepción del positivismo, están en formación o elaboración, es decir, que no se ha llegado a acuerdos finales sobre ellos.⁷

Es evidente en la práctica que éstos no son paradigmas que se hayan ido superando y reemplazando por otros mejores; todos ellos coexisten y fundamentan una gran variedad de metodologías o de estrategias de indagación. Éstas se consideran como instrumentos que están a disposición del investigador para que los utilice de manera inteligente en la resolución de los problemas de investigación.¹⁰ La elección de una estrategia u otra va a depender de la pregunta que el investigador formule y del paradigma en el que está situado.

Cuidar a un familiar: dos maneras de preguntar

La cuestión del saber científico, por tanto, no gira sobre que tipo de tradición es la más correcta o cual es el autentico enfoque científico, sino más bien qué tipo de preguntas se deben hacer sobre el mundo y en qué conceptos se sustentan. Para ilustrarlo se utilizará el ejemplo de los cuidadores o de las personas que, no siendo profesionales, se encargan de cuidar a un enfermo, el cual por lo general es un familiar.

Una manera de estudiar este fenómeno es preguntándose sobre algunas de sus características, como en el caso del estudio de Arber y Ginn quienes incluyeron, entre las variables que analizaron, las de sexo, estado civil, parentesco y lugar donde se proporcionaban los cuidados. Destacaron que cuidar a un familiar ya no es tanto una actividad exclusiva de las mujeres.¹¹ A pesar de que la literatura profesional ha venido señalando que los hombres tienen menos probabilidades de brindar cuidados personales e íntimos, este estudio muestra que más del 40% de los hombres con un familiar enfermo en la misma residencia proporcionan estos cuidados. Las diferencias de género desaparecen cuando el familiar al que se cuida es un hijo. Cuando los

cuidados se proporcionan en otra casa o en distinto domicilio, las mujeres son las cuidadoras por excelencia, haciéndose cargo también de los cuidados a familiares del esposo. Dado que la mayoría de los ancianos con necesidad de cuidados en el Reino Unido son mujeres, las autoras concluyen señalando que la presión sobre mujeres de mediana edad para que cuiden a sus madres y a sus suegras puede aumentar de manera considerable.

Estos datos cuantitativos muestran una manera de explorar el fenómeno de los cuidadores. Otra es la forma cualitativa, como por ejemplo en el estudio de Taraborrelli¹² sobre las carreras de los cuidadores de familiares con Alzheimer. Aquí la autora identificó tres patrones. Dos de ellos conducían a la salida con éxito de la situación de cuidador y uno a su fracaso o la quiebra de su salud moral o física. Taraborrelli identificó como cuestión clave la perspectiva que tenía el cuidador en el momento del diagnóstico. Distinguió dos situaciones, una la denominó la de cuidador experimentado, en la cual éste conocía, por experiencia propia o ajena, las dificultades del cuidado. Las personas que tenían esta perspectiva finalizaban su carrera de cuidador con éxito.

La otra perspectiva la denominó laica o no profesional, estos cuidadores pensaban que cuidar un enfermo era natural y sin dificultades. Algunos de ellos experimentaban una crisis en su relación con la persona que cuidaban que hacía que su carrera finalizara en un fracaso. Otros cuidadores con la misma perspectiva laica experimentaban un punto de inflexión que hacía que adoptasen la perspectiva del cuidador y por tanto culminaran su carrera con éxito. Taraborrelli concluye su estudio señalando la necesidad de que en el momento del diagnóstico el personal de salud informe y ayude al cuidador a adoptar una perspectiva que le permita finalizar su papel sin deterioro para su salud. También indica que es necesario que los directores y administradores de los servicios de salud tengan en cuenta que las necesidades del cuidador cambian a lo largo del tiempo.¹²

Afirmar que hay una manera mejor que otra de examinar el fenómeno de los cuidadores parece una discusión vana. Las perspectivas presentadas en el ejemplo, arrojan luz sobre el fenómeno, lográndose un conocimiento más profundo que lleva a mejores respuestas, más completas e integrales.

Características de la metodología cualitativa

Hay un acuerdo generalizado en que el objetivo del paradigma en que se apoya la investigación cualitativa es el proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo "de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven".¹³ De aquí que el objetivo principal del investigador sea el de interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia. La investigación cualitativa trata, por tanto, del estudio sistemático de la experiencia cotidiana. Tradicionalmente se consideraba útil para el trabajo descriptivo o exploratorio de antropólogos y sociólogos; no obstante, el desarrollo metodológico de los últimos veinte años ha abierto las posibilidades que van desde la descripción pura a la generación de teorías en diversos niveles.

La investigación cualitativa enfatiza el estudio de los procesos y de los significados, se interesa por fenómenos y experiencias humanas. Da importancia a la naturaleza socialmente construida de la realidad, a la relación estrecha que hay entre el investigador y lo que estudia, además, reconoce que las limitaciones prácticas

moldean la propia indagación.¹⁴ Es claro, que la metodología cualitativa está fundamentada principalmente por el paradigma constructivista y hay que señalar que ésta es diferente a la tradicional o cuantitativa. El mundo social es complejo y la vida cotidiana dinámica, no se puede reducir a variables, ni separar sus partes de manera artificial, la metodología ha de dar cuenta de esto. Así, mientras que la metodología cuantitativa se refiere al estudio de los procedimientos y al acto de recoger datos, la cualitativa cubre la totalidad del proceso de investigación, que se verifica y ajusta al mundo empírico.⁶

Aunque las actividades principales del investigador cuantitativo y del cualitativo son básicamente las mismas, es decir, la recolección de datos, el análisis y la focalización de éstos; existen diferencias en la ejecución de estas tareas.¹⁵ En primer lugar, se destacan las relaciones que el investigador tiene cuando recoge los datos, éstas son de ser un testigo e instrumento. El investigador es testigo pues participa de la vida o experiencias de los otros, obtiene sus datos en el medio natural, de cara a la realidad y no en un laboratorio o medio manipulado. Es instrumento pues se relaciona de manera activa con las personas para obtener datos, hace constantemente preguntas y se pone en el lugar de los participantes para dar cuenta del fenómeno desde su punto de vista -denominado "emic" o del interior-. En segundo lugar, el momento en el que se focalizan los datos es distinto al de los estudios cuantitativos.

Los estudios cualitativos no están dirigidos por una teoría ya elaborada, ni por hipótesis para ser comprobadas; el momento de focalizar los datos se pospone a su recolección y está guiada por "las preocupaciones del análisis científico social de la vida de los grupos humanos".¹⁶ Por ello, los estudios cualitativos se inician de una manera abierta, preguntándose de forma integral por el fenómeno, esto permite al investigador actuar como testigo e instrumento de la indagación. Por último, señalar que el análisis cualitativo es emergente, surge de la interacción entre los datos y las decisiones que se toman para focalizar el estudio. El propósito de este tipo de análisis es sintonizar con los aspectos de la vida de grupos humanos, describir aspectos de esta vida y proporcionar perspectivas que no están disponibles o accesibles a otros métodos de investigación.

Las características básicas de los estudios cualitativos se pueden resumir en que son investigaciones centradas en los sujetos, que adoptan la perspectiva emic o del interior tomando el fenómeno a estudiar de manera integral o completa. El proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes y los datos.

Investigación cualitativa en el campo de la salud

La investigación cualitativa en salud se inicia recientemente, coincidiendo con su auge en las ciencias sociales. A finales de los años 50 se desarrolla en Estados Unidos, y la Escuela de Chicago es una de las más activas. Desde un principio los sociólogos se interesan por el área de la salud y por la enfermería. Cabe destacar el estudio de Hughes¹⁷ sobre el trabajo de enfermería, y el de Davis¹⁸ sobre los estudiantes de enfermería.

A partir de los años 70, la enfermería se interesa cada vez más por esta metodología.¹⁹ En la actualidad, es el grupo profesional de la salud que más proyectos cualitativos está realizando. Si se examinan las características de la profesión se puede comprender porque ha tenido una aceptación tan grande. La definición de Virginia Henderson²⁰ aceptada como la definición del Consejo Internacional de Enfermeras

(CIE), brinda una de las claves más importantes: la enfermería se coloca en la subjetividad de las personas para identificar sus necesidades. Es un grupo profesional que, al igual que en la metodología cualitativa, trabaja con un método inductivo y enfocado en las personas. Poderse colocar en el lugar de la otra persona para comprender su experiencia y utilizar la inducción para construir una teoría son dos de los elementos más importantes de los estudios cualitativos. Además, debido al contacto permanente con el paciente, el profesional de enfermería está cerca de la experiencia humana y no de la enfermedad como un fenómeno etiopatogénico. La enfermería, por tanto, está en una posición privilegiada para explicar a otros el mundo del enfermo, el de su familia y el de los procesos que acontecen al interior; se afirma incluso, que conoce esos mundos como no lo hacen otras disciplinas.⁶ Por otro lado, las filosofías de la enfermería y la de la metodología cualitativa se ajustan. La esencia de la enfermería moderna contiene elementos de compromiso y paciencia, de comprensión y confianza, de reciprocidad y de flexibilidad y franqueza; estos rasgos reflejan los de la investigación cualitativa con un énfasis en procesos, cercanía con los datos y flexibilidad.¹⁹

¿Cuál es el desarrollo de la investigación cualitativa en la enfermería?. De la variedad de metodologías cualitativas, las que más se están empleando en el campo de la salud provienen del paradigma constructivista y son: la fenomenología, la etnografía y la teoría fundada^{21,19,22}. Todas ellas tienen en común el estudio de la vida cotidiana y su interés por comprenderla desde el punto de vista de los participantes.²³

La fenomenología. Es un enfoque o estrategia cualitativa que trata de comprender la naturaleza del ser, la experiencia vivida a través de "la ventana del lenguaje"²⁴ Sus raíces se encuentran en la filosofía fenomenológica; se distingue entre la fenomenología de Husserl, que retiene el concepto del dualismo objeto-sujeto cartesiano, y la de Heidegger que es una fenomenología hermenéutica.²⁵ Los estudios fenomenológicos pretenden dar cuenta de la esencia del significado, hacen preguntas que tratan de develar la esencia de una experiencia. Así, un fenomenólogo se pregunta "¿A qué se parece o cómo es tener cierta experiencia?". Los estudios fenomenológicos le llegan al individuo, o dicho en palabras de Morse "nos tocan el alma".²⁶ No obstante, el investigador presenta las interpretaciones de la experiencia vivida sin un desarrollo teórico. La recolección de datos se realiza principalmente a través de la entrevista en profundidad y las anécdotas escritas sobre experiencias personales. La literatura fenomenológica, la poesía, las expresiones de arte y las reflexiones filosóficas son además otras fuentes de datos.²⁷

Entre los estudios fenomenológicos realizados por enfermeras cabe destacar el de Field²⁸ sobre el significado que tiene para las enfermeras administrar una inyección y el de Kelpin²⁹ sobre la experiencia de dar a luz; el título de este último, sitúa al individuo cerca de esa experiencia "pariendo dolor" o en inglés "Birthing Pain".

La etnografía. Se genera dentro de la tradición antropológica y se la puede definir como una manera de acceder a las creencias y prácticas de una cultura, se presume que ésta se aprende y comparte entre los miembros de un grupo.²¹ El investigador se hace preguntas descriptivas sobre valores, creencias y prácticas de un grupo cultural. La cultura se entiende en su sentido amplio, abarcando al grupo de personas que comparten un mismo lugar y a los que están geográficamente separados, pero compartiendo una experiencia común, como por ejemplo, padecer una enfermedad

crónica. Esta estrategia desarrolla descripciones profundas sobre el significado que tiene para las personas las acciones y los eventos a través de la observación participante y las entrevistas sin estructurar. Otras fuentes de datos etnográficos pueden ser documentos, archivos, fotografías, mapas y árboles genealógicos.²⁷

El uso que han hecho diversas disciplinas -educación, salud, administración y política social- de la etnografía ha producido cambios o extensiones de este enfoque. Uno de ellos es el análisis narrativo que se centra en la estructura, el contenido y el contexto de las entrevistas etnográficas.²² Recientemente ha sido utilizado por Atkinson para describir los discursos médicos en los hospitales.³⁰ El estudio de Golander,³¹ una enfermera de Israel, es un buen caso de trabajo etnográfico, en él trata de comprender los ajustes que tienen que realizar los ancianos con incapacidad física y cognoscitiva a la realidad de una residencia de ancianos. Otro estudio etnográfico en el área de la salud es el de Perarkyla,³² sobre el significado social de la muerte en un hospital, aquí se descubre un tipo de trabajo, que el autor denomina de esperanza, que describe la labor de los profesionales de la salud con el enfermo grave.

La teoría fundada. Fue desarrollada dentro de la sociología por Barney Glaser y Anselm Strauss³³ a finales de los años 60, tiene su base teórica en el interaccionismo simbólico. Es más bien un estilo de análisis cualitativo que un método aparte, trata de identificar los procesos básicos en la interacción. Para ello, el investigador se hace preguntas de proceso, da cuenta de experiencias en el tiempo o de como se va produciendo un cambio.²⁷ Esta estrategia comparte los métodos de recolección de datos con otros enfoques, es decir, la entrevista sin estructurar y la observación participante, pero la mayor diferencia es su énfasis en el desarrollo de teoría.³⁴ En la teoría fundada también se han producido avances; hay autores que distinguen dos escuelas,^{35,36} la diferencia principal entre ellas radica en el grado en que se permite que los conceptos o categorías emerjan durante el análisis. Así, la Glaseriana aboga por una emergencia completa y la Straussiana que sugiere una mayor control en la emergencia.

Desde sus inicios, la teoría fundada ha tenido una gran acogida en el área de enfermería, se puede decir que estos han sido los profesionales de la salud pioneros en utilizarla. De gran influencia, sin duda, es el hecho de que Anselm Strauss y Barney Glaser trabajaran por muchos años en el Departamento de Sociología de la Escuela de Enfermería en la Universidad de California-San Francisco. No es de extrañar, que uno de los primeros estudios que se realizaron con esta metodología, lo desarrollase una enfermera llamada Jeanne Quint Benoliel; este fue un estudio sobre el profesional de enfermería y el enfermo moribundo³⁷. El proyecto de investigación que produjo el descubrimiento de la teoría fundada se realizó con fondos provenientes de la división de enfermería en California y en él participó, junto a Glaser y Strauss, Quint Benoliel. Lo anterior, evidencia que la enfermería ha contribuido significativamente al descubrimiento y desarrollo de una de las más importantes metodologías de investigación cualitativa. Desde entonces, estos profesionales han realizado muchos estudios de teoría fundada que han contribuido al crecimiento del conocimiento científico en la disciplina.³⁸ Cabe destacar el trabajo de Corbin³⁹ sobre el manejo del embarazo de alto riesgo, ella lo sintetiza como un trabajo de "Gobierno Protector" y el estudio de Swanson y Chenitz⁴⁰ sobre la adaptación de personas que padecen herpes genital resumiéndolo como "La reconquista del valor de la propia identidad".

Conclusiones

Los estudios cualitativos son de especial relevancia para los profesionales de la salud que se centran en el cuidado, la comunicación y la interacción con las personas. Permiten una comprensión de las experiencias humanas proporcionando, a las enfermeras y a los otros profesionales de la salud, un conocimiento de gran riqueza y una profundización en la naturaleza de los seres humanos, ya sean pacientes, colegas u otros profesionales.¹⁹ Por tanto, los métodos de investigación cualitativos no vienen a sustituir a los que tradicionalmente se han utilizado en la enfermería, sino a enriquecer el cuerpo de conocimientos de la profesión. Además, es evidente que la disciplina de enfermería no se puede desarrollar adecuadamente con sólo los métodos de investigación cuantitativos; la investigación cualitativa crea para la enfermería nuevas opciones.

En la actualidad, los profesionales de enfermería son el grupo, dentro del sector de la salud, que más interés está mostrando por la metodología cualitativa; han contribuido a su desarrollo y al del conocimiento en el campo de la salud. No obstante, hay que señalar que la aplicación de los hallazgos cualitativos es distinta a la de los cuantitativos; no proporcionan soluciones a problemas prácticos inmediatos, sino que facilitan una mayor y mejor comprensión del mundo. Esta comprensión tiene, a su vez, un efecto práctico: permite el acceso a una acción que, en palabras de Strauss,⁴¹ es moral y eficaz pues se basará en un conocimiento de la verdadera naturaleza de la realidad múltiple e interpretada por las personas.

Referencias bibliográficas

1. Nightingale, F. Notes on Nursing. Londres: Duckworth, 1859.
2. Palmer. En: Lo Biondo, G. y Harber J. (1986). Nursing Research: Critical Appraisal and Utilization. St. Louis: The CV Mosby Company, 1977.
3. WHO. Nursing Practice. Report of a WHO Expert Committee. WHO: Geneva, 1996. p. 20.
4. Lo Biondo, G. y Harber J. Nursing Research: Critical Appraisal and Utilization. St. Louis: The CV Mosby Company, 1986.
5. Kim, H. S. Congreso Internacional de Enfermería (2^o:1990: Vitoria): La Investigación Enfermera y sus implicaciones en la educación.
6. Swanson, J, y Chenitz W, C. Why Qualitative Research in Nursing? Nursing Outlook. 30 (4) 1982, p. 241-245.
7. Guba E.G. y Lincoln Y. S. Competing Paradigms in Qualitative Research. En: Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks CA:SAGE, 1994. p. 105-117.
8. Schwandt, T. Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. En: Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks CA:SAGE, 1994.
9. Hill Bailey P. Finding you way around qualitative methods in nursing research. Journal of advanced nursing. 25 (1) 1997. p. 18-22.
10. Field P, A. and Morse J, M. Qualitative Research Methods for Health Professionals. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1995.
11. Arber, S. and Ginn. Gender Differences in Informal Caring. Health and Social Care in the Community. 3, 1, 1995. p. 19-32.
12. Taraborrelli, P. Becoming a Carer. En Gilbert N. (ed) Researching Social Life SAGE: London, 1993, p. 172-186.
13. Schwandt. Op. cit., p. 118.
14. Denzin, N.K. and Lincoln Y.S. Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. En: Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks CA: SAGE, 1994. p. 1-19.
15. Lofland, J. and Lofland H, L. Analyzing Social Settings. Belmont CA: Wadsworth, 1995.
16. IBID., p. 4.
17. Hughes, E., C. The Sociological Eye. Chicago: Aldine, 1971.
18. Davis, F. Illness, Interaction and the Self. Belmont, California: Wadsworth, 1972.
19. Holloway, I. and Wheeler S. Qualitative Research for Nurses. London: Blackwell Science, 1996.
20. Henderson, V. Basic Principles of Nursing Care. 11va. Impresión 11va. Geneva: International Council of Nurses, 1979.
21. Morse, J.M. Editora. Qualitative Health Research. Newbury park: SAGE, 1992.
22. Hill Bailey P. Finding You Way around Qualitative Methods in Nursing Research. En: Journal of Advanced Nursing. 25 (1) 1997. p.18-22.
23. Field P, A. and MORSE J, M.. En: Nursing Research: The Application of Qualitative Approaches. London:Croom Helm, 1985.
24. Hill Bailey. Op. cit p. 20.
25. Walters, A. J. The Phenomenological Movement:implications for Nursing Research. Juornal of Advanced Nursing. 22 (4) 1995. p. 791-799.
26. Morse, Op. cit., p. 91.
27. Morse, J., M. Designing Founded Qualitative Research. En: Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks CA:SAGE, 1994. p.220-235.

28. Field P, A. citada en: Field P, A. and MORSE J, M. (1985): Nursing Research: The Application of Qualitative Approaches. London: Croom Helm, 1981.
29. Kelpin, V. (1992): Birthing Pain. En: Morse, J., M. Editora. Qualitative Health Research. Newbury park: SAGE, 1992.
30. Atkinson, P. Narrative trun of blind alley?. Reflections on Narrative and Qualitative Health Reserch. Qualitative Health Research Conference. Bournemouth, Inglaterra: 30 Octubre-1 de Noviembre; Conferencia sin publicar, 1996.
31. Golander, H. Under the Guise of Pasivity. En: Morse, J., M. Editora (1992): Qualitative Health Research. Newbury park: SAGE, 1987, p. 192-201.
32. Perarkyla, A. Hope Work in the Care of Seriously Ill Patiente. Qualitative Health Research 1 (4) 1991, p. 407-433.
33. Barney, G. and Anselm, S. 1987.
34. Strauss, A. and Corbin, J. Grounded Theory Methodology: an Overview. En: Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks CA:SAGE, 1994. p. 273-285.
35. Melia, K. M. Rediscovering Glasser. En: Qualitative Health Research. 6. (3) 1996. p. 368-378.
36. Stern, P. N. Conceptualizing Women's Health: Discovering the Dimensions. Qualitative Health Research. 6 (2) 1996. p. 152-162.
37. Benoliel, Quint. Citada en: Field P, A. and Morse J, M. (1985): Nursing Research: The Application of Qualitative Approaches. London:Croom Helm, 1967.
38. Benoliel, Quint J. Grounded Theory and Nursing Knowledge. En: Qualitative Health Research. 6, 3, 1996. p. 368-378.
39. Corbin, J. Women's Perceptions and Management of a Pregnancy Complicated by Chronic Illness. Health Care for Women International. 84, 1987. p. 317-337.
40. Swanson J, Chenitz W, C. Regaining a Valued Self. Qualitative Health Research. 3 (3) 1993. p.270-298.
41. Strauss, A. Negotiations. California: Josey-Bass. 1978.

Fecha de recepción: enero de 1997.

UNIDAD TEMÁTICA 5

REVISIÓN DE ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

El artículo científico es una parte esencial del proceso de investigación, por lo tanto, la investigación científica no está completa mientras sus resultados no se publiquen. Divulgar las experiencias y las vías que posibilitaron la solución a los problemas que se presentan y que enfrentan investigadores en el largo proceso de búsqueda y hallazgos, constituye el colofón al trabajo realizado. De no ser así, el propósito de intercambiar información dentro de los grupos de investigación, y la promoción hacia nuevos objetos de estudio, anula de por sí la intención misma de investigar.

Dado el volumen de literatura existente y el número de nuevos artículos de investigación disponible cada día, es posible encontrar artículos apropiados y otros no para la temática que nos ocupa. Leerlos es una habilidad de valor y, además, duradera. Esta habilidad recalca la idea de que la ciencia es un proceso de descubrimiento. También prepara a cualquiera que esté interesado en la ciencia para un aprendizaje individual que dura toda una vida. Los artículos científicos pueden ayudar a enseñar la escritura persuasiva, un instrumento útil en cualquier campo de estudio.

Por ello, es básico que antes de ser productores de la investigación, seamos consumidores inteligentes de la misma, con el fin de mantenernos actualizados y para adquirir habilidades en el proceso de la investigación, o bien, para aplicar dichas evidencias científicas en nuestra práctica clínica o comunitaria.

Desde esta perspectiva, las dos lecturas sobre la revisión bibliográfica, *Comunicación de los resultados y Normas para revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud* y el análisis crítico de los artículos de investigación incluidos, aportan la posibilidad de identificar en ellos los diversos elementos de una investigación, por tanto, lo que pretendemos, es ayudarte a desarrollar el pensamiento crítico y contribuir a ampliar los conocimientos disciplinares, a descubrir el valor científico de las publicaciones, a utilizar los resultados de la investigación en la práctica y a tomar postura frente a la investigación y a los problemas de investigación propios de enfermería.

COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Marie-Fabienne Fortin

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el estudiante debería ser capaz de:

- ❖ Comprender la importancia de la comunicación de los resultados de la investigación
 - ❖ Comentar las cuatro partes de un informe de investigación
 - ❖ Discutir sobre los elementos de una presentación oral o sobre póster
-

Última etapa del proceso de investigación, la comunicación de los resultados es el final lógico de los esfuerzos del investigador para demostrar su contribución personal al desarrollo y a la expansión del conocimiento científico. A menos que sean comunicados, los resultados de la investigación tienen escasas consecuencias sobre la comunidad científica, la sociedad y la disciplina. El desarrollo del conocimiento, es una disciplina profesional, es un proceso acumulativo compartido por el conjunto de los miembros de la profesión. La comunicación de los resultados incluye la elaboración de un informe de investigación y su difusión por medio de presentaciones en congresos científicos a escala nacional e internacional, así como publicaciones en revistas científicas y profesionales. Para facilitar la comunicación de los resultados, este capítulo presenta las líneas generales de un informe de investigación, los diferentes tipos de informes y los aspectos relacionados con los aspectos de presentación y publicación de los resultados.

22.1 EL INFORME DE INVESTIGACIÓN

Los informes de investigación son trabajos que dan cuenta de los principales componentes de una investigación, como son el problema, los objetivos, el marco de referencia, los métodos y los resultados de investigación. Se dirigen a diferentes tipos de personas y sirven a diversos fines. Por ejemplo, una memoria de “maîtrise” y una tesis doctoral no sirven únicamente para comunicar unos resultados, sino también para demostrar que los trabajos universitarios se han finalizado con éxito, que se ha comprendido bien el método de investigación y que el autor merece la concesión de un grado. Estos trabajos son detallados, contrariamente a los artículos de periódicos, cuyo contenido está sometido a un número de páginas limitado y es objeto de una síntesis. Las comunicaciones orales o sobre póster presentadas con ocasión de conferencias científicas y profesionales son otra forma de difusión de los resultados a un amplio auditorio preocupado por intereses similares.

Contenido del informe

Cualquiera que sea la modalidad de la comunicación de los resultados, el contenido de un informe de investigación supone divisiones siempre más o menos semejantes. Así, el informe de investigación incluye cuatro componentes: 1) una introducción; 2) una descripción de los métodos; 3) una presentación de los resultados, y 4) una discusión.

1) LA INTRODUCCIÓN

La introducción tiene como finalidad informar al lector sobre la naturaleza del problema de investigación, sobre su pertinencia y su significado para el campo de conocimientos de una disciplina dada, y sobre el contexto en el que ha abordado el estudio del problema. La introducción precisa el estado actual de los conocimientos que se refieren al problema que se estudia e incluye un breve resumen de los escritos recensados, una descripción del marco teórico o conceptual utilizado, la formulación del problema, las cuestiones de investigación o las hipótesis y, finalmente, una explicación que indica la razón de que se haya emprendido el estudio.

En la introducción, el investigador proporciona una argumentación concisa sobre el significado teórico y clínico del problema que justifica lo bien fundado del estudio. El problema de investigación se acompaña de una recensión de los escritos, que puede ocupar uno o varios párrafos, según el tipo de informe de investigación. Esta será exhaustiva en la memoria de “maîtrise” y en la tesis doctoral, pero concisa en los artículos de periódicos y en las presentaciones orales. La recensión de los escritos permite poner en claro los fundamentos teóricos y prácticos del problema de investigación.

El marco de referencia que ha servido de guía en la orientación de la investigación es un aspecto importante que se ha de introducir en el informe de investigación. El investigador define los conceptos en el contexto del estudio y describe las relaciones entre las variables. El lector debe tener un buen conocimiento de la definición de los conceptos y de la forma en que éstos se articulan en el conjunto del estudio. Finalmente, la introducción termina con la formulación de las principales cuestiones de investigación o de las hipótesis.

Según la naturaleza de la publicación, como en ciertos artículos de periódicos, la introducción no siempre incluye títulos o subtítulos para designar el problema, la recensión de los escritos o el marco de referencia. Habitualmente, el texto presentado antes de la sección de los métodos se considera como introducción cualquiera que sea su forma.

2) LOS MÉTODOS

La sección de métodos trata sobre las actividades realizadas durante la planificación de la investigación y muestra cómo estas actividades han llevado a la recogida y análisis de los datos. Según la naturaleza del informe de investigación, la sección de los métodos será detallada, como en las memorias y en las tesis, o más sucinta, como en los periódicos. Sea como sea, la descripción de los métodos debe ser lo suficientemente completa como para poder comprender la relación entre los diversos aspectos del estudio.

Son varios los elementos que corresponden a la sección de los métodos. El investigador comienza por precisar el diseño de la investigación, que explicará más en los estudios de tipo experimental que en los descriptivos o correlacionales. En los estudios de tipo experimental, el investigador precisa la naturaleza de la intervención o del tratamiento e indica cómo se han repartido los sujetos en los grupos experimental y control. Se cuenta con que se indique en esta sección el grado de significación estadística.

El investigador precisa desde el principio, cuáles son los sujetos que han participado en el estudio y describe la población de la que proviene la muestra según los criterios de selección y el medio en el que se ha desarrollado el estudio. Describe el método de muestreo y aporta precisiones respecto al tamaño de la muestra, especialmente la manera como se ha tomado para determinar el tamaño necesario de la muestra en función de la potencia de los análisis utilizados.

La descripción de los métodos de la recogida de los datos constituye un aspecto importante de esta sección. Las variables estudiadas se definen de forma operativa y se precisan los instrumentos de medida para cada una de las variables. El investigador debe indicar si se trata de escalas de medida normalizadas o si en el marco del estudio se han elaborado cuestionarios. En este último caso, debe describir el sistema

empleado para la elaboración de los cuestionarios, su verificación y los métodos utilizados para asegurar la validez del contenido. Por otra parte, si el investigador ha recurrido a la traducción de instrumentos de medida, debe señalar cómo se ha realizado esta traducción y los test de fiabilidad y validez que se han efectuado a continuación sobre estos instrumentos.

En lo que concierne al desarrollo de la recogida de datos, se debe tener en cuenta las etapas que se han seguido y los procedimientos empleados, incluyendo aquí el tipo y frecuencia de las medidas tomadas. En un estudio de tipo experimental, el investigador indica el período de tiempo transcurrido entre la intervención y la medida de las variables dependientes. Si el estudio ha incluido entrevistas, el investigador indica el lugar y la duración media de la entrevista. Si se han utilizado cuestionarios, el investigador precisa el método empleado para pasarlos, si se han vuelto a pasar y cuál ha sido la tasa de respuestas.

3) LOS RESULTADOS

Esta sección presenta los resultados obtenidos con los análisis estadísticos. Los análisis descriptivos permiten describir la muestra. La descripción comprende el número de sujetos que han participado en el estudio y sus características sociodemográficas pertinentes, como la edad, el sexo, el estado civil, el grupo étnico, la ocupación y el nivel de estudios. La mayor parte de estas informaciones se pueden incluir en cuadros acompañados de un relato conciso. En primer lugar se presentan los datos descriptivos, seguidos de los resultados de análisis inferenciales. Se deben precisar los tipos de análisis estadísticos utilizados para responder a las cuestiones de investigación o a las hipótesis, así como los resultados obtenidos.

La presentación de los resultados en forma de ilustraciones y de cuadros es un excelente medio de proporcionar una información clara y concisa. Los cuadros permiten, entre otras cosas, ordenar varias informaciones cuya enumeración en forma de relato resultaría pesada. Por otra parte, con ellos se facilita la comprensión de datos complejos. La información presentada en un cuadro comprende los resultados que conciernen a las variables estudiadas, el grupo de sujetos al que se refieren los resultados y los test estadísticos utilizados (Fortin, Taggart, Kèrouac y Normand, 1988). Las gráficas sirven también para ilustrar relaciones entre variables reduciendo el contenido del texto narrativo. Wainer (1984), Burns y Grove (1993) y Polit y Hungler (1995) realizan unas precisiones en cuanto a la preparación de los cuadros y su utilización (recuadro 22.1).

RECUADRO 22.1

Preparación de los cuadros y su utilización

- ❖ La utilización de cuadros permite poner de relieve las modalidades de comparaciones y de relaciones entre los datos. Son necesarios para la comprensión de los resultados. Sin embargo, se recomienda no utilizar los cuadros e ilustraciones más que para la información sustancial, es decir, aquellas que haría que el texto resultara farragoso.
- ❖ Los cuadros deben organizarse de manera sencilla y comprensible. Demasiadas informaciones en un mismo cuadro hacen la lectura compleja y pesada. Conviene, en este caso, presentar dos cuadros, mejor que uno.
- ❖ Los títulos y subtítulos de los cuadros y las figuras deben ilustrar suficientemente al lector sobre los resultados importantes que debe recordar, de manera que éste no tenga que consultar el texto para comprender su significado.
- ❖ Cada columna debe contener un encabezamiento que refleje claramente el contenido y la lógica del cuadro o la figura.
- ❖ Para facilitar las comparaciones, en los cuadros, los valores numéricos con decimales se pueden redondear, salvo en el caso de los coeficientes de correlación.
- ❖ Los valores de probabilidad deben indicarse claramente, bien sea en forma de valores de p o con la ayuda de asteriscos unidos a una nota indicativa insertada al pie del cuadro. [Se ruega al lector consultar la última versión de la guía de la

American Psychological Association (1994), *para más precisiones a este respecto*].

- ❖ Los cuadros y las figuras deben numerarse e insertarse lo más cerca posible de la sección del texto a que se refieren.
-

La presentación en forma de relato de los cuadros y figuras, en el informe de investigación, tiene la finalidad de acentuar los principales elementos de utilidad para el lector. Debe servir para destacar los hechos relevantes, las relaciones significativas descubiertas, más que para volver a describir con todo detalle el contenido del cuadro.

Los principales tipos de ilustraciones que sirven para reproducir los resultados de los análisis de los datos son los cuadros, las figuras y los diagramas. En todo informe de investigación, los cuadros sirven para representar gráficamente, en columnas y filas, los resultados de la investigación obtenidos. De este modo se pueden representar una variedad de resultados de análisis estadísticos descriptivos e inferenciales como medidas de tendencia central (moda, media y mediana), las desviaciones típicas, la amplitud, los valores de f , los valores de t , los coeficientes de correlación r , la matriz de correlación, el valor de chi cuadrada (χ^2), etc. las figuras (diagramas, gráficos) proporcionan una imagen global de un conjunto de resultados. Se enumeran los cuadros y se presentan con ayuda de una referencia en el texto del informe de investigación. Las principales figuras incluyen, entre otros, el ideograma, el histograma y el polígono de frecuencia.

4) LA DISCUSIÓN

La presentación cruda de los resultados no tiene sentido más que en ámbito de una discusión en la que el investigador les da un significado. Esta sección del informe sitúa los resultados en un contexto de realidad al tener en cuenta los límites del estudio, la interpretación de los principales resultados y el enunciado de recomendaciones, especialmente de implicaciones para investigaciones futuras. El investigador discute sobre los principales resultados de la investigación en función del problema de investigación, de las cuestiones o de las hipótesis. Establece comparaciones entre los resultados de este estudio y los de otros trabajos de investigación relacionados con el marco de referencia. El investigador debe justificar sus interpretaciones y los intentos de explicaciones que se derivan de las diferencias y semejanzas con otros estudios científicos. Asimismo, debe haber lugar para una discusión sobre la extensión de la generalización de los resultados a otros contextos y un análisis de su importancia (Polit y Hungler, 1995).

La discusión que trata sobre los resultados debe incluir los límites conocidos del estudio. El investigador es la persona más idónea para discutir los fallos en el proceso de muestreo, los contratiempos en la aplicación del diseño, las dificultades encontradas en el terreno de las medidas, etc.

Las consecuencias o implicaciones que se derivan de un estudio se suelen enunciar como sugerencias, porque un estudio no puede proporcionar resultados definitivos (Cormark, 1986). Como el investigador realiza sugerencias según los resultados, lo que equivale, de alguna manera, a una verdadera hipótesis, ésta o estas nuevas hipótesis podrían ponerse a prueba en otra investigación (Polit y Hungler, 1995). El informe de investigación finaliza con recomendaciones para estudios posteriores o para la reanudación del mismo estudio en contextos o poblaciones diferentes. Igualmente, al

acabar el informe de investigación se redacta un resumen (*abstract*) y se inserta al principio del mismo. Como su nombre lo indica, es una breve descripción del problema, de los métodos y de los resultados, que permite al lector evaluar el contenido del informe. Los autores disponen de varias guías de presentación de trabajos científicos; entre otras, APA (1994); Kolin y Kolin (1980): *University of Chicago Press* (1993).

22.2 TIPOS DE INFORMES DE INVESTIGACIÓN

El informe de investigación puede adoptar diferentes formas según sea el objetivo para el que se ha escrito. A continuación se describen cuatro tipos de informes: la memoria de “maîtrise” y la tesis doctoral, el artículo de periódico, el informe oral y el informe sobre póster. El informe de investigación que redacta el investigador al terminar sus trabajos a petición del organismo que lo subvenciona es similar a las memorias y a las tesis, y también el detallado.

Memoria de “maîtrise” y tesis

Las memorias de “maîtrise” y las disertaciones son informes de investigación escritos por estudiantes diplomados al término de sus estudios; constituyen una exigencia para la concesión de un grado. El contenido de la memoria o de la tesis da cuenta de las etapas superadas en la realización del proyecto. Su contenido está habitualmente organizado en capítulos, de forma semejante a la del cuadro 22.1.

Artículos de periódico

Un artículo de periódico adopta generalmente la misma forma que la memoria o la tesis, aunque es más sucinto. El artículo no tiene por finalidad demostrar competencia en materia de investigación, sino más bien dar a conocer la contribución que el estudio aporta al conocimiento. Casi todos los artículos científicos se centran en gran parte en los métodos, los resultados y la discusión, después de una breve presentación del problema de investigación. Los artículos pueden contener entre 10 y 30 páginas.

CUADRO 22.1

Estructura de las memorias y las tesis

| |
|--|
| Páginas preliminares |
| Título |
| Resumen |
| Índice |
| Lista de cuadros |
| Lista de figuras |
| CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN |
| Formulación |
| Enunciado de la finalidad y de las cuestiones de investigación |
| CAPÍTULO II LA RECENSIÓN DE LOS ESCRITOS PERTINENTES |
| Recensión de los escritos científicos |
| Recensión de los escritos teóricos |
| Elaboración del marco de referencia |
| Formulación de las hipótesis |
| CAPÍTULO III LOS MÉTODOS |
| Descripción del diseño de investigación |
| Descripción de la población y de la muestra |
| Descripción del medio |
| Definición de las variables |
| Descripción de los instrumentos de medida |
| Descripción del desarrollo de la recogida de datos |
| Presentación de las consideraciones éticas |
| Descripción del plan de análisis |
| CAPÍTULO IV LA PRESENTACIÓN DE RESULTADOS |

- Presentación de los resultados de análisis descriptivos
- Presentación de los resultados de análisis inferenciales
- CAPÍTULO V LA DISCUSIÓN
 - Interpretación de los principales resultados
 - Descripción de los límites
 - Presentación de las implicaciones
 - Enunciado de recomendaciones para otras investigaciones
- Referencias bibliográficas
- Apéndices

El investigador elige el periódico o la revista según el campo de estudio tratado. Antes de preparar el manuscrito, al autor potencial debe comprobar los últimos números del periódico para informarse sobre las exigencias de estilo y contenido. Una vez que se ha redactado el manuscrito según las normas de presentación establecidas por la revista y que ya esté preparada para su envío al editor, debe acompañarse del número de copias exigidas así como una carta de presentación. Aunque en general el acuse de recibo llega con bastante rapidez, otra cosa es la aceptación y publicación del manuscrito, lo que puede llevar varios meses. Un manuscrito no debe enviarse más que a un solo periódico, que adquiere sus derechos de autor si el artículo se publica.

Existen periódicos con o sin comité de lectura. Los periódicos con comité de lectura o con arbitraje recurren a personas de la misma profesión para determinar la calidad científica y la pertinencia del manuscrito. En el caso de periódicos sin arbitraje, la decisión de aceptar o rechazar el manuscrito se toma, en la mayor parte de las veces, por editor, después de una forma de cualquiera de consulta. En lo que respecta a los periódicos con comité de lectura, en general, el editor somete el manuscrito a la consideración de árbitros anónimos, normalmente dos o tres; estos últimos se pronuncian sobre la calidad científica del manuscrito y sobre su pertinencia. El editor transmite los comentarios al autor. Los trabajos de investigación se suelen publicar en revistas científicas, que, por definición, utilizan comités de personas de la misma profesión para la evaluación de los manuscritos.

En las revistas científicas existen guías de presentación para las publicaciones. Estas guías suelen indicar las técnicas de redacción y de estilo propias de este género de publicaciones. Entre estas guías, a las que el lector puede remitirse, se encuentran: *The Chicago Manual of Style* (1988); Day (1988); y Huth (1990). Un manuscrito de calidad no debe tener errores en la redacción, tópicos o palabras que se presten a confusión (Kolin y Kolin, 1980; Camillero, 1988).

La presentación oral

La presentación oral de los trabajos de investigación con ocasión de conferencias científicas nacionales o internacionales, constituye una de las formas de comunicación más válidas. En efecto, estas conferencias ofrecen a los investigadores la ventaja de presentar los últimos resultados de sus estudios a la vez que facilitan el intercambio con otros investigadores y profesionales. Los oyentes pueden obtener sobre la marcha informaciones adicionales y sugerir a los autores otros puntos de vista.

Estas conferencias se suelen organizar a partir de una invitación cursada a los investigadores para que presenten un resumen de sus trabajos de investigación. Por la aceptación del resumen (abstract), se invita al investigador a elaborar un texto de presentación que transmitirá a un auditorio especializado durante 10 o 20 minutos. Habitualmente, a la presentación le sigue un turno de preguntas. El contenido de la comunicación supone las mismas divisiones que las del informe de investigación; a

saber, el problema estudiado y sus bases teóricas y empíricas, las cuestiones de investigación o hipótesis, los métodos, los resultados y la discusión. Durante las comunicaciones orales se suelen utilizar técnicas multimedia para ilustrar los puntos más sobresalientes de la investigación presentada. Los resúmenes se pueden aceptar bien para una presentación oral, bien para una presentación sobre póster. También se pueden rechazar.

La presentación sobre póster

Los investigadores tienen diversas posibilidades para presentar sus resultados de investigación. En la mayor parte de las conferencias nacionales e internacionales se solicitan resúmenes de trabajos de investigación con el fin de presentarlos sobre póster. La presentación sobre póster reúne, pues, a varios investigadores para presentar su trabajo de investigación, simultáneamente y en un mismo lugar. La presentación sobre póster proporciona las líneas generales sobre los principales aspectos del estudio resumiendo el tema propuesto (Mottet y Jones, 1988). En el momento de la presentación, los participantes recorren la sala donde se encuentran los pósters; los investigadores se ponen a disposición de los participantes para responder a las preguntas y proporcionar informaciones adicionales sobre el conjunto de la investigación. Los pósters se suelen disponer sobre paneles de dimensiones precisas. El contenido de un póster sigue el mismo perfil que en las otras presentaciones, de modo que los participantes tienen una idea general de la finalidad de la investigación, de los métodos utilizados, de los resultados obtenidos y de las implicaciones.

Para ser aceptados, los resúmenes deben responder a ciertos criterios de contenido y de presentación, además de ser pertinentes con relación al tema del congreso (Juhl y Norman, 1989). En el recuadro 22.2 se presentan los principales componentes de un resumen.

RECUADRO 22.2

Componentes de un resumen

El resumen destinado a ser presentado sobre póster incluye generalmente los siguientes componentes:

- ❖ Título del proyecto
 - ❖ Enunciado del problema, de la finalidad del estudio, los objetivos
 - ❖ Formulación de las cuestiones de investigación o de las hipótesis
 - ❖ Descripción del marco teórico o conceptual
 - ❖ Descripción del método: muestra, instrumentos de medida, desarrollo, análisis
 - ❖ Breve descripción de las conclusiones obtenidas de los principales resultados de la investigación
 - ❖ Enunciado de las implicaciones para la investigación
-

El formato de los pósters se suele facilitar en el momento de la aceptación de una presentación sobre póster. Según las dimensiones propuestas para el póster, el investigador puede disponer a su gusto los diversos componentes del contenido. Existen varias guías que resultan de utilidad para la presentación de pósters, entre otras: Sexton (1984); Lippman y Pronto (1989); Mc Daniel, Bach y Poole (1993); Ryan (1989); Gregg y Pierce (1994) y Biancuzzo (1994, b).

Resumen

La comunicación de los resultados constituye la última etapa del proceso de investigación. Si no son comunicados, los resultados de investigación tienen una escasa repercusión sobre las comunidades científica y profesional. La comunicación de los resultados necesita la elaboración de un informe de investigación que de cuenta de la naturaleza del problema de investigación y de los principales resultados obtenidos. De hecho, los informes de investigación incluyen los cuatro principales de una investigación, a saber: 1) introducción, que considera el problema que se ha de estudiar y el estado de los conocimientos teóricos y empíricos, las cuestiones de investigación o las hipótesis; 2) los métodos, que describen las estrategias y las actividades planificadas para realizar el estudio, incluyendo el diseño, la población diana, el tamaño de la muestra, los instrumentos de medida de las variables que se estudian y, los análisis estadísticos utilizados; 3) los resultados, que se acompañan de cuadros y figuras que ilustran los principales datos; 4) la discusión, que consiste en interpretar los resultados obtenidos en relación con el problema, las cuestiones de investigación o las hipótesis, y en establecer comparaciones y contrastes con trabajos anteriores que han tratado sobre el mismo fenómeno.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1994) *Publication manual of american psychological association*, 3ª ed. Washington, DC: Autor
- BIANCUZZO, M. (1994) Developing a poster about a clinical innovation. Part I: Ideas and abstract. *Clinical Nurse Specialist*, no 8 (3), p.153-155
- BIANCUZZO, M. (1994) Developing a poster about a clinical innovation. Part II: Creating the poster. *Clinical Nurse Specialist*, no 8 (4), p.203-207
- BURNS, N., GROVE, K. G. (1993) *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*, 2ª ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company
- CAMILLERI, R. (1988) On elegant writing. *Image: Journal of nursing scholarship*, no. 20 (3), p. 169-171
- COMRACK, D. F. (1986) Writing a research article. *Nurse Education Today*, no 6 (2) p. 64-68
- DAY, R. A. (1988) *How to write and publish a scientific paper*, 3ª ed. Phoenix: Orxy Press.
- FORTIN, M. F., TAGGART, M. E., KÉROUAC, S. y NORMAND, S. (1988) *Introduction a la recherche: auto-apprentissage assisté par ordinateur*, Montréal : Décarie Éditeur
- GREGG, M., PIERCE, L. (1994) Developing a poster presentation. *Rehabilitation Nursing*, no 19 (2), p. 107-109.
- HUTH, E.J. (1990). *How to write and publish papers in the medical sciences*, 2ª ed. Philadelphia: Institute for Scientific Information.
- JUHL, N., Norman, V. L. (1989). Writing and effective abstract. *Applied Nursing Research*, no 2, p. 189-191.
- KOLIN, P. C., KOLIN, J. L. (1980). *Professional writing for nurses in education, practice, and research*. St. Louis: Mosby
- LIPPMAN, D. T., PONTON, K. S. (1989). Designing a research poster with impact. *Western Journal of Nursing Research*, no 11, p. 477-485.
- McDANIEL, R. W., BACH, C. A., POOLE, M. J. (1993). Poster update: Getting their attention. *Nursing Research*, no 42, p. 302-304.
- MOTTET, E., JONES, B. (1988). The poster session: An overlooked management tool. *Journal of Nursing Administration*, no 18, (7, 8), p. 29-33.
- POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. (1995). *Nursing Research: Principles and methods*, 5ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- RYAN, N. M. (1989). Developing and presenting a research poster: *Applied Nursing Research*, no 2, p. 52-55
- SEXTON, D. L. (1984). Presentation of Research findings: The poster session. *Nursing Research*, no 33 (6), p. 374, 375.
- UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS (1993). *The Chicago manual of style*, 15ª ed. Chicago: Author. WAINER, H. (1984). How to display date badly. *The American Statistician*, no 38 (2), p. 137-147.

NORMAS PARA REVISIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES EN CIENCIAS DE LA SALUD*

Manuel A. Bobenrieth Astete**
(Escuela Andaluza de Salud Pública, España)
(Recibido 30 enero 2002 / Received 30 January 2002)
(Aceptado 1 marzo 2002 / Accepted 1 March 2002)

RESUMEN. El objetivo final de la investigación en Ciencias de la Salud y de la comunicación de sus resultados es utilizar ese conocimiento como una base de la práctica profesional. Debido a que la práctica basada en la investigación depende de los hallazgos de estudios científicos publicados, cada estudio de investigación debe ser evaluado críticamente, no solamente para determinar su mérito científico (validez) sino también su importancia, su novedad y su utilidad (puesta en práctica.). En este artículo se presentan, en primer lugar, algunos mitos que en la actualidad circulan en torno a la publicación científica que son claramente contradictorios con la realidad objetiva y, en segundo lugar, se enumeran 138 pautas detalladas de lectura crítica de las partes preliminares (título, autor(s) y resumen), de las partes del cuerpo (introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusión) y de las partes finales (bibliografía), del informe de una investigación o de un artículo científico original.

PALABRAS CLAVE. Normas de revisión. Artículos originales. Ciencias de la Salud.

ABSTRACT. The final objective on Health Science investigation and the communication of its results is to use that knowledge as a basis for professional practice. Due to practice based investigations which depend on the findings of published scientific studies, each investigative study must be critically evaluated, not only to determine its scientific value (validity), but also its importance, novelty, and usefulness (put into practice). This article first presents some myths that currently exist concerning the scientific publishing and which are clearly contradictory to the objective reality. The article also presents 138 detailed reading review guidelines for the preliminary section (title, author(s), and summary), the body sections (introduction, instruments, and procedure, results, discussion, and conclusion), and the final sections (references) of an investigative report or an original scientific article.

KEY WORDS. Review guidelines. Original articles. Health Sciences.

RESUMO. O objetivo final da investigação em Ciências da Saúde e a comunicação dos seus resultados é utilizar esse conhecimento como uma base da prática profissional. Dado que a prática baseada na investigação depende das descobertas veiculadas pelos estudos científicos publicados, cada estudo de investigação deve ser avaliado criticamente, não apenas para determinar o seu mérito científico (validade) mas também a sua importância, a sua novidade e a sua utilidade (posta em prática). Neste artigo apresentase, em primeiro lugar, alguns mitos que actualmente circulam em torno da publicação científica que são claramente contraditórios com a realidade

* Los editores de la revista quieren mostrar su agradecimiento al Dr. Manuel Gálvez, director de Revista Medicina de Familia. Andalucía, por posibilitar la publicación de este artículo.

** Correspondencia: Escuela Andaluza de Salud pública. Campus Universitario de Cartuja, s/n. 18080 Granada (España). E-mail: manuel@easp.es

objetiva e, em segundo lugar, enumeram-se 138 sugestões detalhadas de leitura crítica das partes preliminares (título, autor(s) e resumo), das partes do corpo (introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão) e das partes finais (bibliografia), do relatório de uma investigação ou de um artigo científico original.

PALAVRAS CHAVE. Normas de revisão. Artigos originais. Ciências da Saúde.

Introducción

La meta última para desarrollar investigación en Ciencias de la Salud y comunicar sus resultados es utilizar ese conocimiento como una base de la práctica profesional. Debido a que la práctica basada en la investigación depende de los hallazgos de estudios científicos publicados, cada estudio de investigación debe ser evaluado críticamente, no solamente para determinar su mérito científico (validez) sino también su importancia, su novedad y su utilidad (puesta en práctica).

Validez de los artículos

Hoy en día circula una serie de mitos en torno a la publicación científica que son claramente contradictorios con la realidad objetiva. El primer mito consiste en creer que el hecho de que la comunicación científica -en la forma de artículo original, artículo especial, original breve, nota clínica, caso clínico, artículo de revisión, revisión conjunta- se publique en una revista de prestigio es garantía de su validez.

La realidad enseña que si bien es cierto que algunas revistas biomédicas y de salud tienen consejos editoriales que utilizan el “sistema de revisión por pares” (peer review system) para la selección de manuscritos de artículos originales, no es menos cierto que otras tratan el asunto de la revisión de manuscritos con una ligereza y negligencia que llegan a veces a la irresponsabilidad. De hecho, una lectura crítica de los artículos muestra que mucho de lo que se publica no logra convencer de su validez científica (validez interna y/o externa). Surgen serias dudas de validez con cuestionamientos conceptuales y de rigor metodológico. A esto suelen agregarse problemas graves de redacción por falta de claridad, de precisión y de orden lógico. Estos artículos no deberían haber sido publicados en la forma que se presentaron; algunos deberían haber sido rechazados, y otros, haber recibido una aceptación condicional.

El segundo mito es la creencia de que el hecho de que el/los autor/es tengan prestigio por su práctica profesional es garantía de validez y de calidad de su publicación. La realidad muestra que el tener una sólida experiencia de práctica profesional en salud (Medicina, Psicología, Enfermería, Odontología, Farmacia, Veterinaria, etc.) no constituye en manera alguna garantía de rigor metodológico de un estudio. La Medicina no es ciencia ni arte sino una práctica que se ejerce bajo la influencia de valores culturales, información científica, habilidad conceptual, habilidades técnicas, relaciones humanas y valores éticos. El proceso de investigación requiere de una preparación especializada que incluye tanto la clara comprensión de sus fundamentos como un uso básico de su metodología.

El tercer mito es la convicción de que el hecho de que el autor haya publicado con anterioridad otro trabajo de investigación de buen nivel conceptual y metodológico es garantía suficiente de calidad (validez científica) de su nueva publicación. La realidad advierte que las publicaciones científicas están sujetas a normas. Cada obra

(investigación) publicada debe cumplir con los estándares de rigor metodológico, de estructura y de estilo consensuados por la comunidad científica nacional e internacional, con independencia de trabajos anteriores. En consecuencia, no existe tal garantía; en el mejor de los casos podrá haber una mayor expectativa de calidad.

El cuarto mito es el convencimiento de que el investigador científico, por la misma naturaleza objetiva de su quehacer, está libre de prejuicios y de sesgos. Un prejuicio del investigador -si lo hubiera- no afecta el proceso de la investigación ni su comunicación, en el supuesto de que la metodología haya sido adecuada y correcta. La realidad prueba que el compromiso intelectual y emocional hacia un conjunto particular de resultados anticipados puede conducir a errores graves. Comprometerse de una forma determinada y ciega, por ejemplo, a la proposición de que una variable independiente, en particular, es la causa de una modificación en la variable dependiente, o rechazar la posibilidad de que un grupo social por el que el investigador siente simpatía -o que francamente admira- opina y/o actúa de manera reprensible, son errores que pueden invalidar una investigación y socavar el prestigio del investigador. El investigador debe ser consciente y estar alerta ante el hecho de que -como cualquier ser humano- está sujeto a juicios y opiniones que se forman de antemano, antes de disponer de los datos adecuados y suficientes.

Concepto de lectura crítica

La lectura crítica es una evaluación objetiva y crítica de las fortalezas y las debilidades de una investigación completa publicada. Al conducir una lectura crítica deben valorarse tanto los aspectos negativos como los positivos del informe. Dado que todos los estudios de investigación presentan debilidades y limitaciones, la clave de una evaluación crítica es no solamente citar aquellas debilidades específicas sino, también, evaluar su impacto en la totalidad del estudio. La lectura crítica de un informe de investigación incluye evaluar los aspectos del estudio para juzgar sus méritos, significado, alcance y limitaciones.

Requisitos de la lectura crítica

Para efectuar una lectura crítica eficiente y útil, el lector profesional requiere:

- ❖ Conocer las etapas del proceso de investigación: conceptual (teórica), planificación (diseño), ejecución (resultados), interpretativa (significado), y los 18 pasos que lo componen.
- ❖ Tener presente la correspondencia de cada etapa de la investigación con las partes del artículo científico original; conceptual/introducción, planificación/materiales y métodos, empírica/resultados, interpretativa/discusión y conclusión.
- ❖ Tener un dominio básico de la terminología de uso frecuente en investigación y publicación científica.
- ❖ Reconocer los requisitos fundamentales del estilo científico: claridad, concisión, precisión, orden / secuencia y sencillez.
- ❖ Disponer de pautas de lectura crítica a seguir en cada capítulo del artículo original, adaptado al tipo de investigación (paradigma epistemológico/metodológico) y su correspondiente diseño.

Normas para la evaluación del artículo científico original

Las pautas para la lectura crítica de un informe de investigación o artículo original publicado son componentes clave a considerar para la evaluación de una investigación. Una pauta sirve como norma o modelo para realizar la lectura crítica. En la actualidad existe una importante variedad de pautas, las cuales suelen encontrarse en muchos libros de texto sobre investigación. Mas allá del número de ítem a evaluar (rango desde 20 hasta 169) en 23 libros de texto y de consulta pertinentes y actualizados y del formato y estilo utilizado (afirmativo, interrogativo, elección múltiple, problema/implicación), todas tienen un denominador común: proporcionar una lista de los componentes críticos del proceso de investigación y de la estructura y el estilo a ser evaluado.

Aunque cada componente, cada paso y cada decisión son muy importantes, igualmente importante resulta la forma cómo cada componente se relaciona, se asocia con los demás llegando a veces, a determinarlo. Una buena pauta sirve de referente, de estándar, de norma sobre el “deber ser” del proceso, de su escritura y de su publicación. A continuación presentamos 138 pautas detalladas de lectura crítica de las partes preliminares (título, autor(s) y resumen), de las partes del cuerpo (introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusión) y de las parte finales (bibliografía), del informe de una investigación o de un artículo científico original.

Pautas para evaluar el título

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 1. Es claramente indicativo del contenido del estudio (problema de investigación y variables principales) | | | |
| 2. Es claro, fácil de entender | | | |
| 3. Es conciso (15 palabras) | | | |
| 4. Identifica las palabras clave (descriptores) del estudio | | | |
| 5. Utiliza palabras completas (no utiliza abreviaturas ni siglas) | | | |
| 6. Usa tono afirmativo | | | |
| 7. Es gramaticalmente correcto (no es partido) | | | |
| 8. Usa lenguaje sencillo (no usa jerga o jergonza) | | | |
| 9. Usa términos claros y directos (no usa términos efectistas) | | | |
| 10. Usa palabras esenciales (no usa sobreexplicación) | | | |

Pautas para evaluar los autores

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 1. Hay autoría múltiple | | | |
| 2. Hay autoría justificada, responsable | | | |
| 3. Hay autoría completa | | | |
| 4. Usa nombres completos (no usa iniciales) | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 5. Incluye instituciones de trabajo sin incluir grados académicos o posiciones jerárquicas | | | |
| 6. Incluye la dirección postal del investigador encargado de la correspondencia | | | |

Pautas para evaluar el resumen

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 1. Permite identificar el contenido básico de forma rápida y exacta | | | |
| 2. Es claro, fácil de entender | | | |
| 3. Describe claramente el objetivo / hipótesis en el primer párrafo | | | |
| 4. Describe claramente el diseño / metodología en el segundo párrafo | | | |
| 5. Describe claramente los resultados principales en el tercer párrafo | | | |
| 6. Describe claramente las conclusiones en el cuarto párrafo | | | |
| 7. Es conciso (250 palabras) | | | |
| 8. Presenta resultados con valores numéricos (número, tasas, porcentajes, proporciones, etc.) | | | |
| 9. Usa palabras completas (no usa abreviaturas ni siglas) | | | |
| 10. Usa solamente el texto (no incluye tablas, gráficos ni figuras) | | | |
| 11. El texto no cita referencias bibliográficas | | | |
| 12. Usa denominaciones genéricas de productos farmacéuticos (no usa marcas registradas) | | | |
| 13. Es autosuficiente, autoexplicativo | | | |

Pautas para evaluar la introducción General

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 1. Presenta claramente el qué y el por qué de la investigación | | | |
| 2. Capta la atención del lector desde el párrafo introductorio; "invita" al lector a seguir leyendo | | | |
| 3. El estilo es directo unívoco | | | |
| 4. El tema general (campo de estudio) se presenta prontamente para pasar luego al problema de investigación | | | |

Problema de investigación

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 5. El problema de investigación (fenómeno específico de interés) se identifica y se define | | | |
| 6. Los antecedentes del problema se presentan sin dilación | | | |
| 7. La razón fundamental por la cual se seleccionó el problema queda claro. Su investigación se justifica para llenar un vacío | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| de información | | | |
| 8. El problema es importante, es actual, es susceptible de observación y de medición | | | |
| 9. La investigación del problema es factible | | | |

Revisión bibliográfica

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|--|----|--------|----|
| 10. La revisión identifica lo que se sabe actualmente -en función de lo publicado sobre el problema de investigación | | | |
| 11. La revisión es relevante para el problema del estudio | | | |
| 12. La revisión refleja información sobre antecedentes del problema, necesaria para apoyar la justificación del estudio | | | |
| 13. Las referencias citadas en el texto están bien documentadas y son actuales | | | |
| 14. La relación del problema de investigación con investigaciones previas es directa y clara | | | |
| 15. La revisión presenta una gama de experiencias, teorías y opiniones con puntos de vista diversos y complementarios sobre el problema | | | |
| 16. La revisión identifica, desde la literatura, importantes vacíos de información sobre el problema | | | |
| 17. La organización de la revisión es lógica, según categorías y fecha de publicación | | | |
| 18. La revisión es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación, su lugar es determinante y -en ningún caso- arbitrario | | | |

Marco teórico

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 19. La investigación no es aislada y se vincula con teorías existentes | | | |
| 20. La investigación describe un marco teórico ya existente o formula uno propio | | | |
| 21. El marco teórico es adecuado para el problema de la investigación | | | |
| 22. El marco teórico se desarrolla en forma lógica y comprensible | | | |
| 23. El marco teórico es útil para clarificar conceptos pertinentes y las relaciones entre ellos | | | |

Variables

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 24. El estudio selecciona las variables adecuadas | | | |
| 25. Las variables son suficientemente claras | | | |
| 26. La asociación entre variables se describe indicando su calidad de independiente y dependiente | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 27. Las variables extrañas (de confusión) se reconocen y se indica su grado de control | | | |
| 28. Las variables importantes se definen operacionalmente, al igual que sus grados de condición | | | |

Objetivos / hipótesis

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|--|----|--------|----|
| 29. Los objetivos son adecuados a la pregunta de la investigación (problema y sus variables) | | | |
| 30. Los objetivos indican en forma inequívoca qué es lo que el investigador intenta hacer (observar, registrar y medir) | | | |
| 31. Los objetivos descriptivos son pocos, concretos, medibles, y factibles | | | |
| 32. Los objetivos anuncian un resultado concreto previsto, unívoco, claro y preciso | | | |
| 33. Los objetivos se presentan redactados en forma afirmativa, con verbos activos transitivos, en tiempo infinitivo, sujetos a una sola interpretación | | | |
| 34. La redacción de los objetivos diferencia claramente los de carácter descriptivo de aquellos otros de carácter analítico | | | |
| 35. Las hipótesis expresan de manera clara, precisa y concisa, una relación (o diferencia) entre dos o más variables | | | |
| 36. Las hipótesis explican o predicen esa relación (o diferencia) entre dos o más variables en términos de resultados esperados | | | |
| 37. La formulación de las hipótesis incluye las variables de estudio, la población de estudio y el resultado predicho (efecto) | | | |
| 38. Las variables identificadas en las hipótesis se definen operacionalmente | | | |
| 39. Cada hipótesis se refiere solamente a una relación entre dos variables, para claridad de su comprensión (hipótesis simple) | | | |
| 40. La dirección de la relación se establece de manera inequívoca en la redacción de la hipótesis | | | |
| 41. Cada hipótesis está lógicamente relacionada con el problema de investigación | | | |

Pautas para evaluar materiales y métodos

Diseño

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|--|----|--------|----|
| 1. El diseño parece apropiado para el objetivo del estudio | | | |
| 2. El diseño se describe suficientemente, caracterizando la dimensión de intervención del investigador (manipulación) de la variable independiente | | | |
| 3. El diseño explica la dimensión temporal (momento y número de veces de recogida de información) | | | |
| 4. El diseño especifica la unidad de análisis (caso, serie de casos, muestra o población total) | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 5. | El diseño indica el nivel de análisis (no análisis, correlación, causalidad o inferencia) | | | |
| 6. | El diseño seleccionado encaja el paradigma epistemológico / metodológico (cuantitativo o cualitativo) con los datos que se intenta producir | | | |
| 7. | El diseño está actualizado con el nivel de conocimientos disponibles sobre el problema de investigación | | | |
| 8. | El diseño garantiza un grado de control suficiente, especialmente en investigaciones cuantitativas, contribuyendo así a la validez interna del estudio | | | |

Población y muestra

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|-----|----|--------|----|
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |

Consideraciones éticas

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|-----|----|--------|----|
| 18. | | | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |

Pautas para evaluar los resultados Recogida de datos

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 1. Los instrumentos de recolección son adecuados para el diseño del estudio | | | |
| 2. Se menciona la razón fundamental para la selección de cada instrumento /método | | | |
| 3. Se describe la validez y la confiabilidad de cada instrumento | | | |
| 4. Se describe claramente los pasos en el procedimiento de recogida de datos | | | |
| 5. El procedimiento de recolección de datos es adecuado | | | |

Análisis de los datos

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 6. La elección de los procedimientos estadísticos de análisis es adecuada | | | |
| 7. Los procedimientos estadísticos se aplican correctamente para el nivel de medición de los datos | | | |
| 8. Los datos se analizan en relación con los objetivos del estudio | | | |
| 9. Se prueba cada hipótesis y los resultados se informan con precisión | | | |
| 10. El análisis estadístico considera el nivel de medida para cada una de las variables: nominal (categórica), ordinal, o intervalo (continua) | | | |
| 11. Las variables se organizan en grupos lógicos clínicamente: variables de criterios de inclusión, variables factores de riesgo y variables de resultado (desenlace) | | | |
| 12. Los grupos de estudio y de control son comparables | | | |
| 13. Se indica con precisión la duración del estudio (seguimiento) para ambos grupos: estudio y control | | | |

Presentación de los datos

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|--|----|--------|----|
| 14. La sección de resultados se focaliza en aquellos hallazgos pertinentes y responde a la pregunta de la investigación y/o a la prueba de hipótesis | | | |
| 15. Los datos se presentan en forma objetiva, sin comentarios ni argumentos | | | |
| 16. El texto comanda la presentación en forma clara, concisa y precisa | | | |
| 17. Los resultados se presentan en forma ordenada siguiendo el orden de los objetivos/hipótesis | | | |
| 18. Los resultados se inician con los hallazgos positivos más importantes. Las asociaciones negativas se informan al final de la sección | | | |
| 19. Se informa del riesgo relativo y del intervalo de confianza | | | |
| 20. Los términos estadísticos se usan de forma experta (significante, aleatorio, muestra, correlación, regresión, inferencia, etc.) | | | |
| 21. Los valores P se presentan profesionalmente, y se interpretan inteligentemente | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 22. La sección de resultados es completa y convincente | | | |
| 23. Las tablas son simples y auto explicativas. Incluyen datos numéricos numerosos, repetitivos, con valores exactos | | | |
| 24. Las tablas no contienen información redundante del texto | | | |
| 25. Los gráficos son simples y auto explicativos | | | |
| 26. Los gráficos permiten visualizar y analizar patrones, tendencias, comparaciones, semejanzas y diferencias en los datos | | | |
| 27. Tanto los gráficos como las tablas completan el texto y ayudan a una comprensión rápida y exacta de los resultados | | | |
| 28. Tanto los gráficos como las tablas clarifican la información, ponen énfasis en los datos más significativos, establecen relaciones y resumen el material de los hallazgos | | | |
| 29. El autor selecciona, con buen juicio, el tipo de gráfico más adecuado (barras, lineal, histograma, polígono de frecuencias, sectores, dispersión, pictograma). | | | |

Pautas para evaluar la discusión y la conclusión

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|---|----|--------|----|
| 1. Las interpretaciones se basan en los datos | | | |
| 2. Los hallazgos se discuten en relación con los objetivos del estudio | | | |
| 3. El texto no repite los resultados | | | |
| 4. Se especula inteligentemente con fundamento | | | |
| 5. Las generalizaciones tienen como garantía y justificación los resultados | | | |
| 6. Se distingue entre significación estadística y relevancia (importancia) clínica | | | |
| 7. Se discuten primero los resultados propios; luego se comparan los resultados propios con los resultados de otros estudios similares publicados (segunda revisión bibliográfica) | | | |
| 8. Se diferencia entre los hechos (hallazgos) y la opinión del autor sobre estos hechos | | | |
| 9. Se discuten adecuadamente las limitaciones del estudio y la forma como pueden afectar las conclusiones | | | |
| 10. Se sugieren investigaciones al futuro alrededor del problema de la investigación, basadas en la experiencia ganada a lo largo del proceso | | | |
| 11. El estilo de la discusión es argumentativo, con uso juicioso de polémica y debate. Esto contrasta bien con el estilo descriptivo y narrativo de la introducción, materiales y métodos, y resultados | | | |
| 12. Las conclusiones se establecen claramente, como “respuesta” del estudio a la “pregunta” de la investigación, contenida en los objetivos/hipótesis | | | |
| 13. El contenido de las conclusiones corresponde al contenido de los objetivos; hay tantas conclusiones como objetivos | | | |

Pautas para evaluar la bibliografía

| | SÍ | DUDOSO | NO |
|--|----|--------|----|
| 1. Las referencias son adecuadas (descriptores del título del artículo coinciden con descriptores de los títulos de las referencias) | | | |
| 2. Las referencias son actualizadas (más del 50% de los últimos cinco años) | | | |
| 3. El número de referencias es adecuado (más / menos 30) | | | |
| 4. El tipo de referencias es adecuado (más del 50% de publicaciones de tipo primario) | | | |
| 5. La documentación de las referencias es completa (autor, título, lugar de publicación, editorial y año, en caso de libro; autor, título, nombre de revista, volumen, en caso de artículo de revista) | | | |

Referencias

Bobenrieth Astete, M. A. (1998). *Escritura y lectura crítica de artículos científicos*. En R. Burgos Rodríguez (ed.), *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. Parte IV. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

ARTÍCULOS PARA REVISIÓN

CONDUCTAS PROTECTORAS DE SALUD EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Esther C. Gallegos*
Yolanda Bañuelos**

RESUMEN

El propósito de la investigación fue determinar el efecto de la dieta y el ejercicio como conductas protectoras en el control glucémico de adultos con diabetes tipo II (DMII), así como identificar la capacidad explicativa de variables afectivas y cognoscitivas en la dieta y el ejercicio. El estudio se realizó en dos hospitales, uno público y otro privado, en agosto de 1999. La base teórica la constituyen algunos de los conceptos planteados en el Modelo de Promoción de la Salud.

El estudio fue de tipo descriptivo y se llevó a cabo con 120 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma intencional entre los asistentes a la consulta de control de DM. La información se recolectó por entrevista personal; las mediciones incluyeron: peso, talla, hemoglobina glucosilada y la aplicación de cuatro escalas. El análisis fue de tipo cuantitativo.

Los resultados mostraron un porcentaje importante de personas obesas (62%) y con descontrol glucémico (42%). Las variables afectivas influyeron en las conductas protectoras ($F = 5.2$, $p < .00$, $R^2 = 15\%$); pero no afectaron el control glucémico. La edad y los años con DMII explicaron 18.5% de variación en las cifras de hemoglobina glucosilada, e indican la presencia de otras variables no medidas en esta investigación.

Conclusión: El apoyo familiar, las barreras ambientales y los beneficios percibidos por las personas con DMII que participaron en este estudio predicen las conductas protectoras de la dieta y el ejercicio en el adulto con DM.

Palabras claves: diabetes mellitus II, prevención y control, dietoterapia, cuidados familiares, ejercicios, diabetes tipo II .

HEALTH PROTECTIVE BEHAVIORS IN ADULTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the effect that diet and exercise have as protective conducts on glycemic control of adults with type 2 diabetes (DMII); as well as to identify the explanatory capacity that affective and cognitive variables have on diet and exercise. The study was carried out in two hospitals, one public and one private, on August, 1999. The theoretic framework of the study includes some of the concepts posited in the Model of Health Promotion.

The descriptive estudy was undertaken with 120 adults of both sexes, who were recruited intentionally from the patients in the control appointment. The data were gathered through personal interview, were anthropometric measures were also taken. These included: weight, height, glycosilated hemoglobin. Four questionnaires were also filled up. The analysis was quantitative.

*Enfermera. PhD en Enfermería. Profesora titular y coordinadora del Programa Doctoral Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: egallego@ccr.dsi.uanl.mx

** Enfermera, Magíster Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería, Universidad Juárez del Estado de Durango

The results showed a significant percentage of obese people (62%), and lacking in glycemic control (42%). The affective variables did influence protective behaviors ($F=5.2$, $p < .00$, $R^2 = 15\%$); however they did not affect glycemic control. Age and years with DMII accounted for an 18.5% variation in the levels of glycosilated hemoglobin, indicating there are other variables, not measured in this study. In summary, the variables family support, environmental barriers and the perceived benefits, predict the protective conducts of diet and exercise of the adults diagnosed with DM.

Key words: diabetes mellitus, prevention and control, dietherapy, familiar care, physical exercise, type II diabetes.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación fue determinar la influencia de variables afectivas, cognoscitivas y clínicas sobre: a) observancia de la dieta y una rutina de ejercicio, y b) el control glucémico de adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II (DMII). Una dieta balanceada y la práctica de actividad física son conductas que se asocian con un buen estado de salud en individuos de todas las edades. Sin embargo, estas conductas se vuelven cada vez más difíciles de observar en medios urbanos donde reside el más alto porcentaje de población en la actualidad. Para un adulto sano es importante la práctica del ejercicio y una dieta balanceada, pero no crucial en lo inmediato; no así para el adulto diagnosticado con DMII, para quien llevar una dieta sana y desarrollar un programa de ejercicio se vuelve crítico en el mantenimiento de su control glucémico.

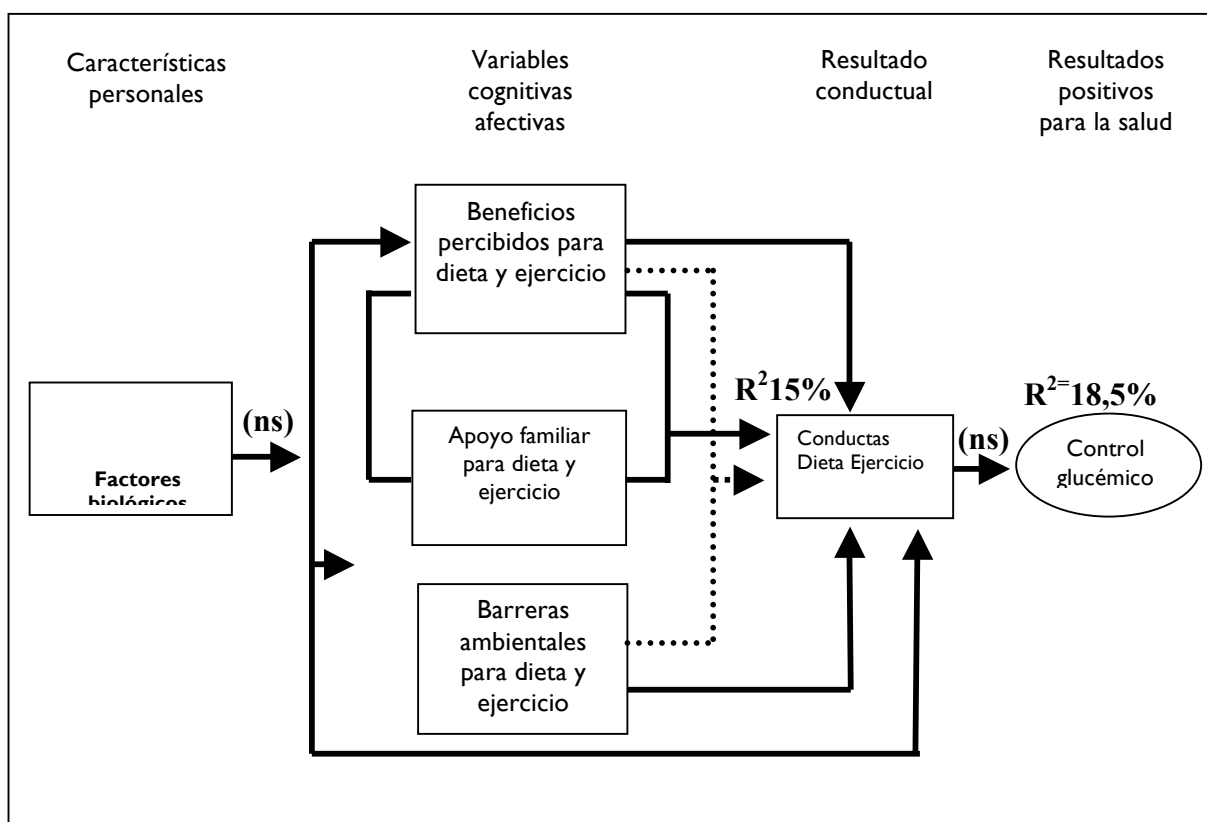
Diversas investigaciones informan que el consumo de una dieta balanceada de valor calórico apropiado y la práctica consistente de ejercicio moderado, pueden mantener los niveles de glucemia dentro de rangos de normalidad en los adultos con DMII¹⁻³. Sin embargo, existe evidencia de que la mayoría de los adultos con DMII mantienen sus cifras de glucemia muy por encima de los rangos recomendados, situación responsable de la aparición de complicaciones en edades más tempranas⁴

El abordaje del problema de investigación, adherencia a una dieta balanceada y un programa de ejercicio, se hace aplicando el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), de Pender⁵, el cual explica la práctica de conductas protectoras y promotoras de salud a partir de variables cognitivas y afectivas, así como de algunas características biológicas y clínicas. El MPS que explica las conductas dieta y ejercicio en el adulto con DMII se representa en la Figura 1.

De acuerdo con las relaciones establecidas en el Modelo, las conductas: consumo de una dieta balanceada y práctica sistemática del ejercicio dependerán directamente de a) los beneficios que la persona les reconozca, b) el apoyo familiar para mantener dichas disciplinas, y c) las barreras que se encuentren en el ambiente para llevar a cabo las citadas conductas. Los beneficios percibidos son altamente motivadores para mantener las conductas deseadas. El apoyo familiar y la influencia situacional, representados por las barreras del ambiente, por otro lado, corresponden a cogniciones, creencias o actitudes de otras personas respecto a los que padecen la DMII, pero que influyen positiva o negativamente en las conductas protectoras de salud del paciente. Estas conductas se definen como protectoras porque disminuyen la

probabilidad de que el adulto con DMII desarrolle complicaciones propias de su padecimiento crónico.

Figura 1. Modelo promoción de la salud aplicado a conductas protectoras de salud y bienestar en el adulto con DMII



Las siete variables predicen 18.5% del control glucémico.

En forma indirecta las conductas deseadas se ven afectadas por la edad y los años de padecer diabetes. Estas dos variables pueden considerarse como inmodificables, mientras que las mencionadas en el anterior párrafo pueden ser modificadas si mostraran tener influencia en el consumo de la dieta y la práctica del ejercicio. Por último, se señala en el modelo que el control glucémico es el resultado esperado de un control cuidadoso por parte del paciente respecto a la dieta y el ejercicio.

El control glucémico, entendido como la conservación de las cifras de glucosa en sangre dentro de un rango de normalidad, se asocia con diversas variables, entre ellas las ya mencionadas: dieta y ejercicio. Los resultados de las investigaciones muestran algunas contradicciones en cuanto al efecto de ambas conductas sobre el control glucémico; mientras que una investigación realizada con mujeres mostró que el ejercicio explica (R^2 de 18%) el control metabólico⁶, otros autores, Glasgow, Stryker, Hampson, y Ruggiero⁷ reportaron en su estudio que los adultos consideraban la dieta y el ejercicio formas inefectivas en el tratamiento de su enfermedad.

Las investigaciones sobre beneficios percibidos, apoyo social y barreras ambientales para observar la dieta y el ejercicio como parte del tratamiento de la DMII, muestran el apoyo social como la variable más potente para influir positivamente las conductas deseadas⁸⁻¹¹. Respecto a la influencia de factores del medio ambiente sobre la observancia del régimen dietético y de ejercicio en la diabetes, autores como Travis¹²

e Irving, Saunders, Blanck y Carter¹³ han encontrado interferencias ambientales que afectan negativamente el control glucémico.

Variables de tipo clínico y biológico, como el número de años de sufrir la enfermedad, y la edad, se han correlacionado negativamente con el apego al tratamiento prescrito para las personas con DMII¹⁴⁻¹⁶.

En función del enfoque teórico y de lo que reportan las investigaciones sobre el problema planteado, el aporte de la presente investigación se orientó hacia dos metas. La primera consistió en determinar cuál es el efecto de los beneficios percibidos, el apoyo familiar y las barreras del ambiente, en las conductas de ejercicio y dieta desarrolladas por los participantes. De acuerdo con el MPS estas relaciones tienen implicaciones para la práctica de la enfermería, ya que inciden en las conductas que se deben modificar por medio de sus intervenciones profesionales. La segunda meta consistió en verificar las relaciones establecidas por el MPS entre los conceptos seleccionados, confirmando la validez de una forma simplificada del mismo, construida para esta investigación.

Las hipótesis planteadas para la investigación se construyeron a partir de las proposiciones del MPS:

1. El beneficio percibido, el apoyo familiar y las barreras del ambiente, explican la clase de dieta y ejercicio realizados por adultos con DMII en atención ambulatoria.
2. La edad, años de diagnóstico, beneficios percibidos, apoyo familiar, barreras del ambiente, y la dieta y el ejercicio, explican el nivel de glucemia por encima del 50% de su variabilidad.

MÉTODOS

El diseño seleccionado para verificar las hipótesis fue de tipo descriptivo transversal con análisis de regresión múltiple, ya que el MPS demanda explicar la influencia de diversas variables independientes sobre una dependiente¹⁷.

La población de interés la constituyeron los adultos diagnosticados con DMII que reciben atención médica en la consulta externa de dos instituciones de salud ubicadas en la ciudad de Monterrey (México). De esta población se seleccionaron en forma intencional 120 participantes para conformar la muestra calculada, la cual se estimó para un modelo de regresión múltiple (MRM), con poder de prueba de .90, tamaño del efecto de .30 y de .05¹⁸. No se incluyeron mujeres embarazadas con diabetes.

Los datos recabados correspondieron a las mediciones de peso, talla y hemoglobina glucosilada (HbA1c); además del llenado de cuatro escalas: 1) Barreras del medio ambiente para el autocuidado de la diabetes¹⁹, 2) Apoyo familiar para ejercicio y dieta²⁰, 3) Actividades de autocuidado para la diabetes²¹, y 4) Beneficios percibidos del ejercicio y la dieta^{22, 23}. Los puntajes crudos de las escalas se transformaron a valores entre 0 y 100 para facilitar las comparaciones. Con las cifras de peso y talla se calculó el índice de masa corporal (IMC) para cada individuo siguiendo la fórmula de: peso/talla², para después clasificarlos según la Norma Mexicana^{24, 25}. La HbA1 se determinó bajo el método de electroforesis, con el equipo de reactivos DCA 2000, de

Bayer de México. Los criterios para clasificar el nivel glucémico de cada individuo fueron los de la American Diabetes Association²⁶.

Para llevar a cabo la investigación se obtuvo la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. El estudio se clasificó como de riesgo mínimo, por lo cual el consentimiento informado se obtuvo en forma verbal. Los datos se obtuvieron de los adultos que acuden a consulta de control de su DMII. Se hizo invitación abierta a los asistentes, verificando en quienes aceptaban, antes de la consulta médica, que reunieran los criterios de inclusión. Las mediciones antropométricas, toma de muestra sanguínea y aplicación de cuestionarios se efectuaron una vez que salían de la consulta médica. El levantamiento de datos se efectuó durante tres meses, período en el que se completó la muestra.

RESULTADOS

Características de la muestra. La mitad de los participantes tenía entre 50 y 59 años de edad y la otra mitad entre 35 y 49 años ($M = 48.47$ años; $DE = 6.72$); 72% pertenecía al sexo femenino y 28% al masculino. Clínicamente la muestra se caracterizó por padecer obesidad, descontrol glucémico y un período relativamente corto de haber sido diagnosticados con DMII, según se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de participantes según IMC, HbA1c y años de diagnóstico

| Variables | Frec | % |
|--|------|--------|
| Clasificación por IMC NOM-174 ^e | | |
| Normal 25 < IMC | 25 | 21 |
| Sobrepeso 25 < IMC < 27 | 20 | 17 |
| Obesidad 27 < IMC | 75 | 62 |
| Total | 120 | 100 |
| Clasificación del control glucémico por cifras de HbA1c ^d | | |
| Inaceptable. y malo 9.1% y + mgs/dl | 52 | 43.3 |
| Regular 8.1-9 % mgs/dl | 17 | 14.2 |
| Bueno y excelente 4-8% mg/dl | 51 | 42.5 |
| Total | 120 | 100.00 |
| Clasificación por años de diagnóstico | | |
| 0-10 | 87 | 73 |
| 11-20 | 23 | 19 |
| 21 y + | 10 | 8 |
| Total | 120 | 100 |

Los datos relativos a la dieta y el ejercicio, así como los de apoyo familiar, beneficios de la dieta y ejercicio, barreras del ambiente para la dieta y el ejercicio, se reportan en la tabla 2.

Estas variables fueron analizadas por sexo. Se encontró diferencia significativa en las medias de la subescala de barreras para dieta ($MS =$ mujeres 41,05; hombres 33,85;

$T_{118} = 1,98$, $p = ,049$) y en las Acciones de AC en dieta ($MS = \text{Mujeres } 70,46; \text{ Hombres } 61,17; t_{118} = 1,99, p = ,048$).

Verificación de hipótesis. La primera hipótesis que sustentaba un efecto explicativo del beneficio percibido, el apoyo familiar y las barreras del ambiente sobre las conductas en lo referente a dieta y ejercicio del adulto con DMII, se verificó por medio de una regresión lineal múltiple. Los resultados mostraron el modelo global significativo, explicando el 15% de la variación en los puntajes de dieta y ejercicio ($F_{5, 114} 5.12, p < .001$). Al analizar la contribución de las variables se identificó que el apoyo familiar ($.32$) y las barreras del ambiente sobre la observancia de la dieta ($-.25$) fueron significativas en el nivel estipulado ($< .05$).

La segunda hipótesis afirmó que las variables predictoras del control glucémico, de acuerdo con el MPS, explicarían éste por encima del 50%. Para su verificación se ajustó un modelo de regresión múltiple, aplicando la técnica de eliminación por pasos (Stepwise). Como variables independientes se introdujeron la edad, años con DMII, apoyo familiar, beneficios percibidos, barreras ambientales y conductas en la dieta y el ejercicio; como variable dependiente, cifras de hemoglobina glucosilada.

Tabla 2. Medias de variables cognoscitivas y afectivas del total de la muestra

| Instrumentos | Muestra total | | |
|---|---------------|-------|-------|
| | M | DE | Mdn |
| Actividades de AC para la diabetes ^e | 41.74 | 15.98 | 40.56 |
| ▪ Actividades: Subescala Dieta | 67.83 | 23.24 | 70.00 |
| ▪ Actividades : Subescala Ejercicio | 24.81 | 27.26 | 22.22 |
| Apoyo familiar para dieta y ejercicio | 37.22 | 23.07 | 34.44 |
| ▪ Apoyo: Subescala Ejercicio | 29.09 | 26.05 | 20.83 |
| ▪ Apoyo: Subescala Dieta | 46.50 | 25.71 | 47.61 |
| Beneficios percibidos dieta y ejercicio | 77.34 | 15.02 | 76.00 |
| ▪ Beneficios: Subescala Ejercicio | 77.94 | 14.59 | 73.33 |
| ▪ Beneficios: Subescala Dieta | 76.44 | 18.85 | 73.33 |
| ▪ Barreras de Medio Ambiente: Ejercicio | 25.96 | 16.52 | 24.48 |
| ▪ Barreras del Medio Ambiente: Dieta | 39.01 | 18.09 | 36.73 |

En el primer paso de la ecuación, la variable introducida en el modelo fue la de años con el diagnóstico de DMII (R^2 corregida = 16.3%). El segundo modelo permitió la adición de la variable edad, eliminando definitivamente las variables beneficios percibidos, apoyo familiar, dieta, ejercicio y barreras del ambiente. Los resultados se muestran en la Tabla 3, donde puede observarse que la máxima variación explicada en el nivel de HbA1c fue del 18.5% (R^2 corregido), siendo la edad y los años de padecer DMII las variables que contribuyeron significativamente. En consecuencia, la hipótesis no se sustentó.

Tabla 3. Resumen del MRA-Stepwise Technique, para variables predictoras del nivel de glucemia en adultos con DMII

| | Beta Std | Inter | 95% | t | Sig. |
|-----------|----------|-------|------|------|------|
| Modelo 2 | | | | | |
| Constante | | 2.73 | 7.73 | 4.14 | .00 |
| Años DMII | .37 | 0.06 | 0.16 | 4.42 | .00 |
| Edad | .02 | 0.00 | 0.10 | 2.04 | .04 |

Resumen del Modelo $R^2 = .185$; $F_{1, 117} = 4.18$; $p = .04$

Considerando que el MPS sugiere un efecto directo de las conductas protectoras de salud (dieta y ejercicio) sobre los cambios en la salud (HbA1c), se ajustó un MRS con estos parámetros. Los resultados de este modelo no fueron significativos. Por otro lado, y bajo la lógica de extender las relaciones de las variables biológicas con el control glucémico, se ajustó un MRM con edad y años con DMII como variables independientes y las cifras de HbA1c como la dependiente. El modelo fue significativo, explicando 18.5% de la variación ($F_{2, 117} = 14.49$; $p < .001$).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio validan la relación entre las variables cognoscitivas y afectivas y las conductas protectoras de salud, dieta y ejercicio. Para los integrantes de esta muestra los beneficios percibidos, el apoyo familiar y las barreras ambientales mejoraron la observancia de la dieta y el ejercicio como parte del tratamiento prescrito para mantener controlada su glucemia. Estos hallazgos son congruentes con los reportes de diversos autores, quienes encontraron relación entre variables de tipo afectivo con el apego a la dieta y al ejercicio²⁷⁻³³. Cabe señalar que en el caso de la muestra estudiada, el apoyo familiar y las barreras ambientales fueron las que contribuyeron a la significancia estadística del modelo, lo que sugiere una mayor influencia externa que interna del individuo para observar conductas que benefician su control glucémico y consecuentemente su salud. Esta situación es inquietante, pues parece que las personas no han desarrollado las fortalezas necesarias para decidirse a mantener una conducta que directamente beneficia su estado de salud. En cierta manera, esto explicaría los niveles tan bajos de observancia de la dieta y el ejercicio reportados por los participantes ($M 47.45$).

En la misma temática de las variables que influyen directamente en llevar la dieta y el programa de ejercicio, un análisis más en detalle permite afirmar que hay una tendencia a descalificar el ejercicio como parte del tratamiento en la DMII. Los puntajes alcanzados por llevar la dieta fueron superiores que los obtenidos por la disciplina del ejercicio ($Ms 67.83$ Vs 24.81); y el apoyo familiar fue más intenso para la dieta que para el ejercicio ($Ms 46.50$ Vs 29.09). Sin embargo, las personas perciben como beneficio llevar la dieta y hacer ejercicio, según se evidencia en las medias obtenidas en las dos escalas ($Ms 76.44$ VS 77.94) sin que ello les lleve a modificar su conducta. Esta aparente contradicción pudiera reflejar que la percepción del beneficio se ha quedado a nivel de información y es insuficiente para motivar los cambios necesarios³⁴.

Estos hallazgos deben llamar la atención por sus repercusiones en la práctica, ya que es la enfermera quien tiene la oportunidad y la responsabilidad del control del adulto con DMII; ella debe asegurarse de que las personas tengan la información y la capacidad de utilizarla para incorporar nuevas conductas o modificar aquellas no

saludables³⁵. Así mismo, llama la atención que el tratamiento médico no enfatice este aspecto, aunque hay evidencia de los beneficios del ejercicio en el control del nivel glucémico en el diabético³⁶⁻³⁸.

El control glucémico en el adulto con DMII se explicó en una proporción muy por debajo de lo planteado en la hipótesis (18.5 Vs > 50%). Sobre el particular, es importante resaltar el bajo número de personas cuyas cifras de HbA1c representaban un control glucémico entre bueno y excelente (42.5%), por lo que pudiera interpretarse que las variables explicaron en algo el “descontrol glucémico”; este hecho coincide con diversos reportes de investigación realizados con grupos de población mexicana semejantes a los participantes de este estudio, quienes también mostraron, en una baja proporción, cifras de glucemia asociadas a un buen control³⁹⁻⁴¹. Considerando las variables que cobraron significancia en el modelo de regresión múltiple, se confirmó que la edad y los años de padecer la DMII explicaron el descontrol glucémico en que se encontró este grupo de adultos, y coinciden con diversos autores, quienes reportan en sus estudios relaciones entre estas variables y las cifras de glucemia^{42, 43}.

Por otro lado, se puso de manifiesto la ausencia del efecto directo que la dieta y el ejercicio tienen en el control glucémico del adulto con DMII. Este dato parece contradecir la teoría que sugiere la práctica de conductas saludables para proteger o promover la salud de los individuos⁴⁴. En el caso del adulto con DMII es claro que la dieta y el ejercicio prescrito buscan disminuir los riesgos de complicaciones crónicas y agudas del padecimiento, pero se reconoce la convergencia de no pocos factores que inciden en el control glucémico, además de estos dos⁴⁵. Sin embargo, con esta muestra, el bajo nivel de apego a la dieta y al ejercicio pueden también interpretarse como responsables del alto porcentaje de participantes que cursaba con cifras indicativas de hiperglucemia (57.5%), así como del problema de obesidad presente en la mayoría de ellos (62%). Por otro lado, las variables apoyo familiar, barreras ambientales y beneficios percibidos, impactaron en forma significativa el apego a la dieta y el ejercicio, pero no tuvieron por ellas mismas ningún efecto en el control de la diabetes, entendido éste como el mantenimiento de cifras de glucemia dentro de un rango de normalidad. Al respecto, Pender⁴⁶ señala las variables cognoscitivas y afectivas como susceptibles de ser modificadas con las intervenciones de enfermería. Eventualmente, estas variables incrementarían la práctica de conductas protectoras, las que a su vez tendrían el poder suficiente para llevar a resultados favorables en el estado de salud del adulto con DMII, situación que no se presentó en esta muestra.

En conclusión, los resultados de esta investigación mostraron que las variables apoyo familiar, barreras ambientales y beneficios percibidos predicen las conductas dieta y ejercicio en el adulto con DMII, aunque en forma discreta, pero estos últimos factores no afectaron por ellos mismos las cifras de HbA1c. Así mismo, los hallazgos sustentaron parcialmente las relaciones establecidas por el MPS de Pender⁴⁷, según las líneas punteadas de la Figura 1.

Fue notorio, además, que las relaciones indirectas de la edad y años con DMII sobre el nivel de dieta y ejercicio, no se confirmaron en el grupo estudiado. En igual forma, no se observó ningún efecto directo de estas dos variables sobre beneficios, apoyo, barreras ambientales, o sobre dieta y ejercicio.

Los hallazgos de este estudio deben tomarse con cautela, ya que la muestra fue no probabilística; aún así, tienen implicaciones importantes para la teoría, la práctica y la investigación de enfermería. En cuanto a la teoría, se pudo apreciar que las variables inherentes al individuo interactúan con aquellas atribuibles a personas cercanas y situaciones del medio ambiente, tal como lo establece el MPS. Sin embargo, estas variables no se afectaron por la edad y los años de padecer la DMII, como era de esperarse teóricamente. La pregunta que surge al respecto es: si los factores personales pertenecen realmente al modelo, los factores de tipo biológico y clínico, como los seleccionados en este caso, tendrán comportamientos semejantes a los de tipo social y psicológico, como serían el nivel socioeconómico y la percepción del estado de salud, los cuales no se consideraron en esta ocasión, pero que en un momento dado podrían modificarse. Otra inquietud que surge al analizar los resultados del estudio es si las conductas protectoras se relacionan con el riesgo o el estado de salud en forma tan lineal como lo representa el modelo teórico.

Con respecto a la práctica se confirma la posibilidad de proponer intervenciones sobre las variables modificables como el apoyo familiar, las barreras ambientales y los beneficios percibidos, con la finalidad de incrementar el apego a la dieta y al ejercicio como parte sustancial del tratamiento en la DMII. La meta de estas intervenciones debe ser mejorar el control metabólico.

En cuanto a la investigación se hace clara la necesidad de llevar a cabo estudios con grupos de adultos con DMII con un buen control glucémico, a fin de determinar si la dieta y el ejercicio son factores significativos en dicho control, o si la edad y los años de padecer la DMII siguen siendo los factores de mayor peso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acevedo GI. Ejercicio físico y control metabólico en mujeres adultas diabéticas [tesis de maestría]. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1998. p.p 59-66.
2. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(3): 561-587.
3. Skinner TC, Hampson SE. Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. *Diabetes Care* 2001; 24(5): 828-833.
4. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group [DCCT]. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-986.
5. Pender NJ. Health promotion in nursing practice, 2a ed. Stanford CA: Appleton & Lange; 1996. p.p 68-74.
6. Acevedo GI. Ejercicio físico y control metabólico en mujeres adultas diabéticas [tesis de maestría]. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1998. p.p 59-66.
7. Glasgow RE, Styker LA, Hampson S, Ruggiero L. Personal - model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care* 1997; 20(4): 556-561.
8. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care* 1988; 11(5): 377-386.
9. Wilson W, Ary DV, Biglan A, Glasgow RE, Toobert DJ, Campbell DR. Psychosocial predictor of selfcare behaviors (compliance) and glycemic control in NIDDM. *Diabetes Care* 1986; 9(6):614-622.
10. Rodríguez MM, Guerrero RJF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de México* 1997; 39(1):44-47.
11. Travis T. Patient perceptions of factors that affect adherence to dietary regimens for diabetes mellitus. *The Diabetes Educator* 1997; 23(2):152-156.
12. Travis T. Patient perceptions of factors that affect adherence to dietary regimens for diabetes mellitus. *The Diabetes Educator* 1997; 23(2):152-156.
13. Irving AA, Saunders JT, Blank MB, Carter WR. Validation of scale measuring environmental barriers to diabetes regimen adherence. *Diabetes Care* 1990; 13(7): 705-711.
14. Wilson W, Ary DV, Biglan A, Glasgow RE, Toobert DJ, Campbell DR. Psychosocial predictor of selfcare behaviors (compliance) and glycemic control in NIDDM. *Diabetes Care* 1986; 9(6): 614-622 .
15. Polly RK. Diabetes health beliefs, self care behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. *The Diabetes Educator* 1992; 18(4): 321-326.
16. Swift CS, Armstrong JE, Beerman KA, Campbell RK, Pond-Smith DF. Attitudes and beliefs about exercise among person with non-insulin-dependent diabetes. *The Diabetes Educator* 1995; 21(6):533-540.
17. Polit FP, Hungler BP. Nursing research. Principles and methods 5ª ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. p.p 139-155.

18. Elashoff J. NQuery advisor. Study Planning Software-Sample Size and power determination.[programa de computador] Version 4.0. Saugus (MA): Statistical Solutions; 1995.
19. Toobert A, Glasgow RE. Assessing diabetes self management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire. En: Bradley C, editor Handbook of psychology and diabetes. Amsterdam: Harwood Academic; 1993. p.p. 351-375.
20. Sallis JF, Grossman RM, Pinski RB, Patterson T, Nadder PR. The development of scales to measure social support for diet and exercise. Preventive Medicine 1987; 16(6):832-836.
21. Toobert A, Glasgow RE. Assessing diabetes self management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire. En: Bradley C, editor Handbook of psychology and diabetes. Amsterdam: Harwood Academic; 1993. p.p. 351-375.
22. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; 1995.p.p 210-214; 395-403.
23. Pender NJ. Health promotion in nursing practice, 2a ed. Stanford, CA: Appleton & Lange; 1996. p.p 68-74.
24. Casanueva E. Lambert Adolphe Jacques Quetelet 1796 -1874. Cuadernos de Nutrición 1992; 15: 42-45. México.
25. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1, para el manejo integral de la obesidad. México: Diario Oficial de la Federación; 1998. p.p 1-7.
26. Gavin JR, Hughes H, Albert KG, Davidson, MB. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 1997; 20(7):1183-1197.
27. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. Diabetes Care 1988; 11(5): 377-386.
28. Wilson W, Ary DV, Biglan A, Glasgow RE, Toobert DJ, Campbell DR. Psychosocial predictor of selfcare behaviors (compliance) and glycemic control in NIDDM. Diabetes Care 1986; 9(6): 614-622.
29. Rodríguez MM, Guerrero RJF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública de México 1997; 39(1): 44-47.
30. Travis T. Patient perceptions of factors that affect adherence to dietary regimens for diabetes mellitus. The Diabetes Educator 1997; 23(2): 152-156.
31. Polly RK. Diabetes health beliefs, self care behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. The Diabetes Educator 1992; 18(4): 321-326.
32. Swift CS, Armstrong JE, Beerman KA, Campbell RK, Pond-Smith DF. Attitudes and beliefs about exercise among persons with non-insulin-dependent diabetes. The Diabetes Educator 1995; 21(6): 533-540.
33. Hampson SE, Glasgow RE, Foster, LS. Personal beliefs of diabetes among older adults: Relationship to self-management and other variables. The Diabetes Educator 1995; 21: 533-540.
34. Brown SA, Hedges LV. Predicting metabolic control in diabetes: Meta-analysis to estimate a linear model. Nurs Res 1994;43(6):362-368.
35. Guthrie DW, Guthrie RA. Nursing management of diabetes mellitus, 4ª ed. New York; Springer Publisher Company; 1997. p.p 341-358.
36. Acevedo GI. Ejercicio físico y control metabólico en mujeres adultas diabéticas [tesis de maestría]. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1998.
37. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. Diabetes Care 2001; 24(3): 561-587.
38. Skinner TC, Hampson SE. Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. Diabetes Care 2001; 24(5): 828-833.
39. Bañuelos BP. Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes. Desarrollo Cient de Enf 2001;9(4):100-106.
40. López AR. Autocuidado en adultos con diabetes residentes del sur de Veracruz [tesis de maestría]. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2001. p. 21.
41. Villalobos SC. Autocuidado del adulto con diabetes tipo 2 en control ambulatorio [tesis de maestría] Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2002. p. 23.
42. Polly RK. Diabetes health beliefs, self care behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. The Diabetes Educator 1992; 18(4):321-326.
43. Swift CS, Armstrong JE, Beerman KA, Campbell RK, Pond-Smith DF. Attitudes and beliefs about exercise among person with non-insulin-dependent diabetes. The Diabetes Educator 1995; 21(6):533-540.
44. Pender NJ. Health promotion in nursing practice, 2a ed. Stanford, CA: Appleton & Lange; 1996. p.p 68-74.
45. Lerman GI. Atención integral del paciente diabético. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p.p 51-60.
46. Pender NJ. Health Promotion in nursing practice, 2a ed. Stanford CA: Appleton & Lange; 1996. p.p 68-74.
47. Pender NJ. Health promotion in nursing practice, 2a ed. Stanford, CA: Appleton & Lange; 1996 p.p 68-74.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL PACIENTE SONDADO

Autores

Buform Valero, J.* Ferrer Casares, E.* Rubia Fernández, A.* Piquer Bosca, C.* Real Romaguera, A.**

Resumen

El presente estudio evalúa el uso de la sonda vesical en un día, en todos los pacientes ingresados en el Hospital General Universitario de Valencia. Estudiándose las historias clínicas de todos los pacientes ingresados 450, de los que 59 eran portadores de sonda en el momento del estudio. La prevalencia del sondaje es del 13'1%. La media de edad de los pacientes sondados es de 68'6 años en los hombres y de 68'4 en las mujeres. La media de duración del sondaje es de 8'7 días.

PALABRAS CLAVE: Sondaje vesical, prevalencia, tipo de sonda, motivo del sondaje.

INTRODUCCIÓN

La utilización del sondaje vesical forma parte de muchas indicaciones terapéuticas y diagnósticas. Pero también es una importante vía de infección urinaria (1, 2, 3,4) y aproximadamente entre el 30 y 40 % de todas las infecciones nosocomiales tienen su origen en un foco urinario (5, 6,7) generalmente debidas a un cateterismo vesical.

Si bien es cierto que todas estas infecciones no pueden ser prevenidas, también es verdad que la Enfermería puede realizar un papel muy importante en la reducción de las mismas, mediante la realización del sondaje con una técnica completamente aséptica, dentro de unos protocolos, en los que se facilite al paciente y familia una educación sanitaria mínima, sobre los autocuidados que requiere el paciente sondado.

Para conocer el nivel de uso del cateterismo vesical, así como sus indicaciones, realizamos el presente estudio de prevalencia, que evalúa el uso del sondaje vesical en un día, en todos los pacientes ingresados en el Hospital General Universitario de Valencia. Además se recoge información sobre duración del sondaje, tipos de sonda, uso de protocolo, autocuidados que el paciente conoce, molestias que sufre como consecuencia de la sonda, analgésicos que utiliza, complicaciones del sondaje, y la presencia de infecciones urinarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal incluida la totalidad de los pacientes ingresados, los datos se recogieron el 5 de mayo de 1998 que se escogió al azar de entre todos los días de la semana comprendidos de lunes a viernes. Se han estudiado todas las historias de los pacientes adultos ingresados en el H.G.U.V. rellenando un

* D.U.E. Hospital General Universitario de Valencia.

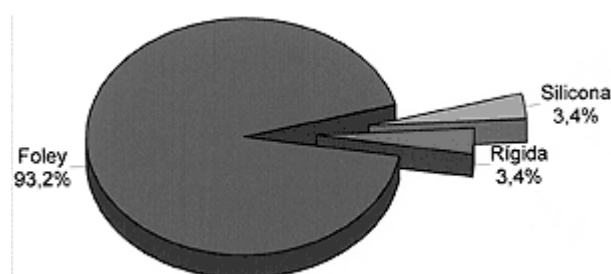
**Supervisor. Hospital General Universitario de Valencia

cuestionario a través de entrevista personal a todos los pacientes sondados o bien al familiar, si este no estaba en condiciones de responder a las preguntas que se le formulaban, el análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico S.P.S. 6.O.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 450 historias clínicas, correspondientes a la totalidad de los pacientes ingresados, de las cuales 59 correspondían a pacientes con sonda vesical. La prevalencia del sondaje fue del 13.1%. El 15.3% corresponde a mujeres y el 87.7% a hombres. El tipo de sonda predominante en 55 casos corresponde a sondas de tipo Foley, seguido de 2 casos del total a sondas rígidas y con idéntico número y porcentaje para las sondas de silicona. (gráfica numero 1).

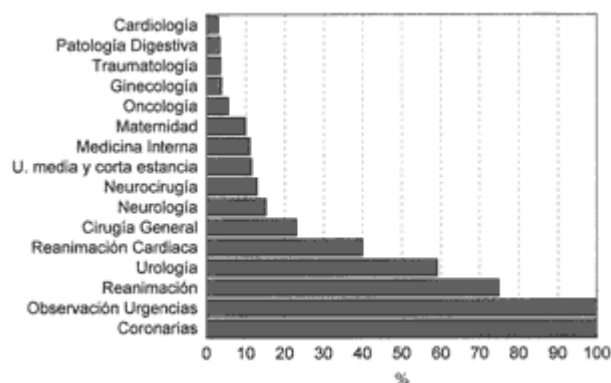
GRÁFICA 1. Tipos de sonda



La media de edad fue de 68'6 en los hombres y de 68'4 en las mujeres, la media de edad de todos los pacientes ingresados fue de 67'9 años.

La distribución de pacientes sondados por servicios fue muy diversa destacando el 100 % de todos los pacientes ingresados en la unidad coronaria y observación de urgencias. Seguido del 75 % de la unidad de reanimación. Urología con un 59 %. Reanimación cardiaca con un 40 %. En cirugía General nos encontramos que el porcentaje de pacientes sondados es del 24 %. Los servicios de neurología, neurocirugía, unidad de corta y media estancia, medicina interna y maternidad presentaron porcentajes inferiores pero también muy significativos, (gráfica numero 2) y el resto de los servicios con porcentajes inferiores.

GRÁFICA 2. Prevalencia del sondaje uretral según unidades asistenciales



De los 59 pacientes sondados, 28 lo fueron en el servicio donde estaban ingresados, en quirófano fueron sondados 17 pacientes. En urgencias se sondaron a 10 pacientes. Llegaron ya con sonda al Hospital, es decir fueron sondados de forma ambulatoria 4 casos (gráfica numero 3)

GRÁFICA 3. Lugar donde fue sondado



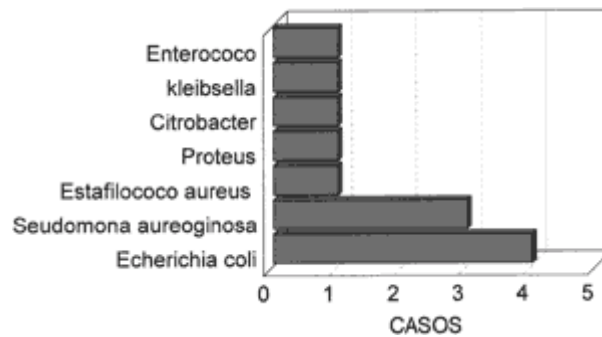
La media de duración del sondaje fue de 8'7 días, con una amplitud de 1 día como mínimo y un máximo de 35 días. La causa más común por la que se indico el sondaje fue con motivo de intervenciones quirúrgicas, 20 casos (gráfica numero 4). Seguida por incontinencia urinaria con 16 casos. Control de diuresis 15 casos. A continuación nos encontramos con 6 casos por retenciones urinarias. Encontramos también 2 casos en los que el sondaje estaba indicado como consecuencia de una hematuria.

GRÁFICA 4. Motivo de los sondajes uretrales



La presencia de síndrome febril (38° o más de temp.) fue demostrada en 4 pacientes, mientras que la inmensa mayoría (55) estaban sintomáticos. El urinocultivo fue positivo en 12 casos sobre un total de 14 realizados, siendo los gérmenes encontrados por orden de frecuencia Escherichia Coli 4 ocasiones, Pseudomona Aureoginosa 3 veces, Estafilococos Aureus 1 ocasión, Proteus 1 ocasión, Enterococo 1 ocasión, Citrobacter 1 ocasión y Kleibsella 1 ocasión (gráfica numero 5)

GRÁFICA 5. Gérmenes encontrados en los urinocultivos de los pacientes sondado

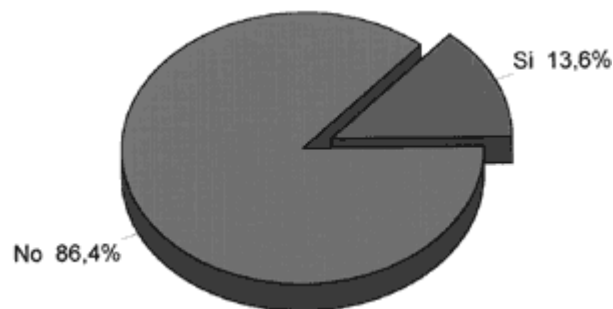


El sistema colector de la orina, era abierto en 44 casos, frente a 15 casos en que el sistema era cerrado y es de destacar que todos los urinocultivos positivos se detectaron en el sistema colector abierto.

En solamente 8 casos el sondaje se ha realizado siguiendo un protocolo (gráfica numero 6) frente a 51 casos que se ha realizado sin la existencia de este. En los casos en que se ha realizado el sondaje con protocolo este esta registrado en la hoja de enfermería, así como los cuidados aplicados a la sonda, en los días posteriores.

GRÁFICA 6. Sondajes siguiendo un protocolo

uretrales realizados

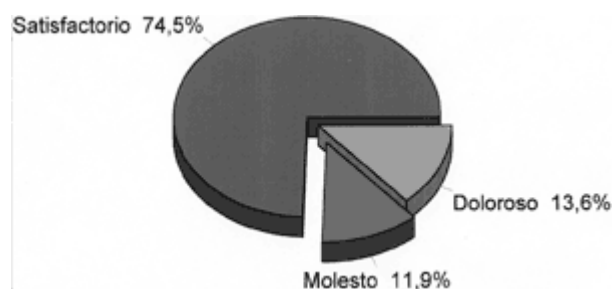


En 51 casos los pacientes (así como la familia) desconoce los autocuidados mínimo que requiere la sonda y tan solo en 8 casos estos eran conocidos.

En 8 casos el acto del sondaje fue doloroso, fue molesto en 7 casos, fue satisfactorio en 44 casos, (gráfica numero 7).

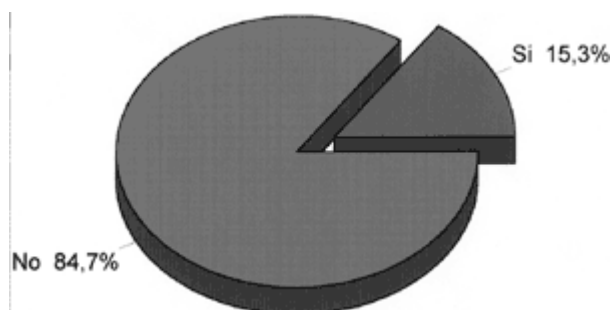
Un alto porcentaje de pacientes 23 casos para las molestias ocasionadas por motivo de llevar sonda, utiliza Pirazolonas como analgésico, siendo efectivo en 21 ocasiones.

GRÁFICA 7. Satisfacción percibida por el paciente en el acto del sondaje



En otro punto del cuestionario se le pregunto, si había tenido problemas con la sonda, respondiendo positivamente en 9 siendo los más frecuentes la obstrucción en 6 casos, caída casual de la misma en 2 casos y en un caso hematuria y falsa vía en el momento del sondaje. (gráfica numero 8)

GRÁFICA 8. Presencia de algún problema relacionado con el sondaje uretral



Para conocer el tipo de vida que realiza el paciente se le interrogó sobre una serie de actividades vitales mínimas, como vestirse, levantarse de la cama, bañarse, ducharse y caminar. Siendo las respuestas positivas en 19 casos y negativas en 40 casos del total.

El color de orina es normal en 54 casos, hematúrica en 4 casos y con coágulos 1 caso.

DISCUSIÓN

El primer dato a destacar es el porcentaje de pacientes sondados 13'1%, que está dentro de las cifras consideradas normales (1, 8) para un hospital terciario como nuestro H.G.U.V.(4, 6, 7, 8). El elevado porcentaje de pacientes sondados en las unidades consideradas críticas, como Reanimación, Unidad Coronaria y Reanimación Cardíaca, está dentro de dicha cifra, ya que en ocasiones los pacientes sondados en estas unidades pueden llegar al 100% de los mismos, puesto que se requiere un estricto control de diuresis, para realizar un correcto balance hemodinámico, debido a la gravedad de los pacientes allí ingresados.

En la sala de urología nos encontramos con 9 casos y una prevalencia del 40 % de los pacientes ingresados, siendo el motivo de dichos sondajes la patología obstructiva del tracto urinario inferior en 2 casos, otros 2 lo eran por hematuria y el resto estaban intervenidos de diversas patologías urinarias pendientes de retirar la sonda. En el

servicio de cirugía general el motivo del sondaje era debido a intervenciones quirúrgicas realizadas en las últimas 24-48 horas, estando pendientes de retirarse.

En el servicio de Medicina Interna, Neurología, Unidad de Media y Corta Estancia etc. con unas prevalencias del sondaje notablemente inferiores a las anteriores y una patología muy diversa como diabetes, enfer. de Alzheimer, derrame cerebral en donde la media de edad de los pacientes allí ingresados era de 82'3, en los que nos encontramos que la causa principal del sondaje vesical era debido a la incontinencia urinaria aunque la prevalencia del mismo es similar a otros estudios (9) entendemos que en estos casos el sondaje vesical se utiliza para conseguir unas condiciones higiénicas que no mermen sus actividades y relaciones personales, sin embargo creemos que existen otros medios alternativos para conseguir los mismos resultados como son el uso de pañales hidrófugos con ausencia de efectos secundarios (10), o bien se podría haber utilizado (en el sexo masculino) el uso de colectores externos, aunque no están exentos de complicaciones locales como maceración, irritación ulceración de la piel (11, 12) etc.

El tipo de sonda más utilizada es la Foley, en 55 ocasiones; debiendo su alto porcentaje de uso a su fácil manejo, comodidad para el paciente y menores riesgos de falsa vía o lesión de la uretra en el momento del sondaje. Sobre todo si la persona que la utiliza no está familiarizada con el uso de otras sondas, las dos sondas rígidas nos las encontramos en el servicio de urología en dos pacientes recién intervenidos de prostactectomía con abundantes coágulos que justificaban su uso. Encontramos también dos sondas de silicona en pacientes portadores de sonda habitual, siendo su uso correcto ya que este tipo de catéteres requieren como es conocido por todos cambios más espaciados de la misma y ofrecen mejor calidad de vida del paciente.

Aproximadamente un 20% de los pacientes sondados presenta bacteriuria positiva, demostrándose una vez más que los gérmenes Gram - son los que con más frecuencia se encuentran en los urinocultivos de los pacientes hospitalizados y aunque la mayoría de los pacientes con bacteriuria se hallan sintomáticos nos encontramos con 4 casos que presentan síndrome febril (temp. 38°, o más). Es muy significativo que dos de estos pacientes son mujeres y los otros dos hombre y todos son diabéticos. La duración media del sondaje en estos cuatro casos fue de 22 días, comprobándose una vez más que el sexo femenino, la diabetes y sobre todo la duración de sondaje son unos de los factores de riesgo para el desarrollo de bacteriuria sintomática. (11).

El sistema colector utilizado con más frecuencia fue el abierto 44 casos donde nos encontramos la mayoría de los urinocultivos positivos 11. Hemos de destacar que la presencia de bacteriemia con este sistema es cerca del 100 % de los casos a los 5-6 días, mientras que en el mismo tiempo esta se reduce al 20-40% en los sistemas cerrados, precisando unos veinte días para alcanzar cifras similares al abierto (12). Este sistema creemos que es el indicado para aquellos enfermos en los que no se deba realizar frecuentes desconexiones del sistema sonda-bolsa no siendo tan útil para enfermos en los que hagamos frecuentes lavados de sonda. Teniendo en cuenta la baja duración del sondaje, por término medio, detectado en nuestro H.G.U.V. con 8'7 días, creemos que pueden evitarse la bacteriemia y sus complicaciones en una frecuencia de 2 a 3 veces inferior, utilizando el sistema de drenaje cerrado.

En otro apartado del cuestionario se le pregunto al paciente si el sondaje fue molesto: contestando positivamente 7 casos, doloroso lo fue en 8 casos y por el contrario este fue satisfactorio en 44 casos, no habiendo en estos casos significación estadística, en que el sondaje se hubiese realizado con protocolo o sin él, pero en la mayoría de las veces se trataba de sondas Foley de calibre nº 14 o 16.

Al paciente se le pregunto si la sonda le ocasionaba algún tipo de molestias: respondiendo afirmativamente 23 casos, siendo las mas frecuentes los espasmos vesicales, sensación de orinar y molestias en el glande. En 18 casos toman pirazolonas (nolotil) para calmar estas molestias.

Los problemas más frecuentes que presentaron los pacientes sondados fueron: obstrucción de la misma 6 casos, siendo un problema frecuente en el paciente sondado, máxime cuando el calibre de las mismas mayoritariamente es muy reducido. No obstante creemos que este problema podría atenuarse aumentando la ingesta hídrica, siempre que no hubiese contraindicación. En 2 casos se produjo una caída casual de la misma, en ambas ocasiones se trataba de dos sondas de tipo Foley, pudiendo ser la causa de dichas caídas o bien a un defecto del sistema de autofijación o bien a un llenado defectuoso del balón.

En una ocasión el paciente presento hematuria por falsa vía en el momento del sondaje, teniendo que practicársele un drenaje vesical suprapúbico.

La actividad social de estos pacientes, esta notablemente disminuida ya que solamente 18 casos de todos estos enfermos sondados se levantan, se visten, se duchan y caminan solos. Pero es muy importante tener en cuenta que la media de edad de los mismos es muy alta, 67'8 años y un 37'3 % tiene mas de 75 años de media (gráfica número 9). Además 12 pacientes se encontraban en el postoperatorio inmediato, y 4 casos manifestaron que la causa de no caminar o bañarse solos era debido al temor de la caída de la sonda, lo que una vez mas manifiesta la necesidad de aumentar la información que el paciente y familia debe recibir por el enfermero en el momento del sondaje, y en los cuidados posteriores para disipar las dudas o temores que el sondaje ocasiona.

GRÁFICA 9. Edad de la población sondada



CONCLUSIONES

El uso de sondas vesicales se ha generalizado en los últimos años a nivel hospitalario, siendo ahora más frecuente en el resto del hospital que en el servicio de urología, que era en un principio el lugar donde estaban ingresados los enfermos sondados.

Las infecciones nosocomiales (4) son una importante causa de morbilidad y mortalidad y ocasionan unos importantes costes sociales y económicos. La prevención de la infección urinaria, secundaria a un cateterismo y todas las demás complicaciones del mismo se han de iniciar con una revisión permanente de sus indicaciones siempre a la baja y proceder a la retirada del mismo tan pronto como sea innecesario, ya que de esta forma se podrían evitar hasta un 40 % de las infecciones asociadas a su utilización.

En los casos de incontinencia urinaria, se han propuesto otras alternativas como: pañales hidrófugos y el uso de colectores en el hombre, los cuales se deberían probar antes de proceder al cateterismo vesical.

Se intentará utilizar un sistema colector y bolsa de circuito cerrado, evitando en todo momento la manipulación del mismo sin las medidas antisépticas adecuadas, todo lo cual creemos repercutirá en la disminución de las infecciones urinarias y una mayor calidad de vida de estos pacientes.

Cuando sea imprescindible el uso de la sonda, se colocara, con unas medidas antisépticas estrictas (13, 14), además se proporcionara al paciente y/o familia la información sobre los autocuidados, que requiere el uso de la sonda para aumentar el bienestar y calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almirante, B.: Infección y sondaje urinario. Medicina clínica. Barcelona; vol. 96, N.º 5, 1991.
2. Brau, J.; Perricas, R.; Lopez, L.; Virto, J. L.; Prats, G.; Verger, J.: Estudio de la infección urinaria en pacientes con sondaje vesical de corta duración. Medina clin, (Bar). Vol 96, N.º 5, 1991
3. Halej, R. W.; Hooton, T. M.; Culver, D. H. et al.: Nosocomial infections in us hospitals, 1975-1976. Estimated frequency by selected. Characteristics of patients. Am J Med 1981; 70 949-959.
4. Gonzalez, J.C.; Martínez, M.; Valenzuela, E.; Pérez, C.; Plans, M.; Coll, M.: Estudio de prevalencia de un día de pacientes sondados en un hospital general universitario. Archivo español de urología 48-6 (563-568) 1995.
5. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en Cataluña. (1) Infecciones y factores de riesgo, Grupo de trabajo Epincat. Med Cli. (Barc) Vol. 95, N.º 2. 1990
6. Stam We.: Infections due to medical devices. Ann Intern Med 1978; 89:764-769
7. EPINE WORKING GROUP. Prevalence of hospital-acquired infections in Spain. J. Hospital infect 20:1. 1992.
8. Mertens, R.; Kegel, T.; Stroombant, A. et al.: The national prevalence survey of nosocomial infections in Belgium, 1984. J. Hospit infect 1987; 9:219-229
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Encuesta epidemiológica de prevalencia en un punto de la infección hospitalaria y uso clínico de antimicrobianos en España. Análisis descriptivo de resultado. Madrid, 1986.
10. Forcé, LL.: Estudio multicéntrico de la infección urinaria nosocomial asociada al sondaje vesical en Cataluña. Enferm Infecc Microbiol Clin 1992; 10 (supl 2).
11. Aymerich, J.; Morote, J.; Torres Mateos, J. A.; Malet, J. M.: Perforación vesical intraperitoneal por catéter vesical permanente. Actas urológicas españolas. 1985; 9. 277-278.
12. Dalet, F.; del Río G.: Infecciones Urinarias. Pag. 251. Fundació Puigvert, Barcelona 1996.
13. Pankin, H. T.: Technique of urethral catheterization Krankenhpf. J. 1992 sep. 30, 707-16.
14. Hernandez, A. y otros: Recomendaciones para el control de la infección nosocomial. Generalitat Valencia 1996.

DEPRESIÓN POSTPARTO, APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE CALI, COLOMBIA¹

Gladys Eugenia Canaval, Enf., MSc., Ph.D².2, Marta Cecilia González, Enf., MSP³. Lucy Martínez-Schallmoser, Enf., Ph.D⁴., María Clara Tovar, Enf., MSP². Celmira Valencia, Enf., Mag. Enf.²

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo determinar si las mujeres expresan sintomatología depresiva durante la etapa prenatal y postnatal; si la calidad de vida y el apoyo social se relacionan con la sintomatología depresiva en el postparto y establecer cuáles de las variables estudiadas son predictoras de la sintomatología depresiva en el postparto. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Apoyo Social, Índice de Calidad de Vida, Escala de Depresión y Cuestionario de Factores de Riesgo, aplicados en el embarazo; todos se repitieron en el postparto, excepto el cuestionario de factores de riesgo. La edad promedio de las mujeres de la muestra fue 26 años, tenían unión libre 54% de ellas y edad gestacional promedio de 21 semanas al primer control; 66% de las mujeres expresaron sintomatología depresiva en la etapa prenatal y el 57% en el postparto. Se realizó regresión múltiple con la variable dependiente sintomatología depresiva en el postparto y las variables medidas en el embarazo y en el postparto. Con las variables del embarazo, calidad de vida, tamaño de la red de apoyo, conflicto con la red de apoyo, necesidad de apoyo, satisfacción con el apoyo social y factores de riesgo, se obtuvo un $R^2 = .67$; esas mismas variables medidas en el postparto excepto la de factores de riesgo, explican 65% de la varianza de la sintomatología depresiva en el postparto. La discusión se centra en la relación de las variables medidas con la sintomatología depresiva y específicamente las que aportan a la varianza explicada en la regresión múltiple; se presentan las implicaciones para la práctica de medidas anticipatorias y de cuidado de enfermería a mujeres vulnerables de depresión. Se destaca la importancia del apoyo social y la calidad de vida; se recomienda tenerlos en cuenta en la atención a las mujeres, en especial a los profesionales de enfermería, a través de la aplicación del cuidado transdimensional.

Palabras claves: Depresión postparto. Mujeres. Calidad de vida. Apoyo social. Cuidado transdimensional.

SUMMARY

The objectives of this study were:

1. Determine if women express depressive symptoms during the prenatal and postpartum period.
2. Determine if quality of life and social support relate with symptom of depression in the postpartum.
3. Establish a predictive model for postnatal depression. Instruments.

Scale of Social Support, Quality of Life Index, Scale CES-D and Risk Factors Questionnaire applied in the 32-36 weeks of pregnancy and during the 3-4 weeks in

² Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
e-mail: glacanav@mafalda.univalle.edu.co

³ Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

⁴ . Profesora, Escuela de Enfermería, Universidad de Loyola, Chicago, EE.UU.

the post-partum. The mean age for the sample was 26 years old, 54% couples were living together without a legal marriage, mean for the first prenatal visit to the clinic was 21 weeks of pregnancy; 66% of pregnant women and 57% of postnatal women expressed depressive symptoms. Two regression equations of postpartum depression were found, one with variables from prenatal, quality of life, size and conflict of the social network, need for support, satisfaction with support and risk factors ($R^2 = .67$). The same variables in the postpartum, except risk factors explained 65% of the variance. Each variable from the predictive models is discussed. Implications for practice of anticipatory care and nursing care based in a transdimensional care model are given. Specific areas of social support and quality of life are considered for care.

En las próximas décadas se tendrán cambios significativos en las necesidades en salud en la población mundial; la carga de las enfermedades mentales, tal como la depresión, el alcoholismo y la esquizofrenia, ha sido seriamente desatendida por las aproximaciones tradicionales de los profesionales de la salud, quienes tienen en cuenta la mortalidad y no la discapacidad.

La depresión en las mujeres puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres; sin embargo, en muchas culturas se le da poca atención, los signos de depresión son vistos como normales, o como un tabú.

Los cambios en el contexto sociocultural asociados con las migraciones, el urbanismo, la violencia, la pobreza y el abandono del cónyuge, ponen a las mujeres bajo estrés y al mismo tiempo destruyen las fuentes tradicionales de apoyo, lo cual se refleja en la calidad de vida de las mujeres.

El propósito de este artículo es profundizar en el conocimiento de la depresión postparto en mujeres colombianas, para obtener elementos que reorienten la atención en salud y la práctica de enfermería, en pro del bienestar de las mujeres y sus familias.

El objetivo general fue estudiar la relación del apoyo social y la calidad de vida en el embarazo y en el postparto con la sintomatología depresiva durante el período postnatal en mujeres residentes en comunas de estrato socioeconómico bajo en Cali, Colombia. Los objetivos específicos fueron:

1. Determinar si las mujeres expresan sintomatología depresiva durante el período prenatal y en el postparto.
2. Determinar si la calidad de vida y el apoyo social tanto en el embarazo como en el postparto se relacionan con la sintomatología depresiva postnatal.
3. Establecer cuáles de las variables estudiadas son predictoras de la sintomatología depresiva en el postparto.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Depresión postparto. Existen pocos estudios sobre depresión postparto en mujeres latinas; tampoco se ha llegado a un acuerdo con respecto a las causas y factores asociados con la depresión postparto. En este estudio se define depresión postparto como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil,

falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional^{1,2}, estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto, con una incidencia de 3% a 27%, que puede durar de un mes hasta más de un año^{3,4}. Se han sugerido muchas etiologías, especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos, y la caída dramática en los niveles hormonales^{5,6}.

Algunos estudios han señalado situaciones ambientales adversas para niños criados por madres deprimidas; estos estudios han mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorables, acompañado de bajo peso al nacer, quejas somáticas, accidentes, retardo en el crecimiento, depresión y dificultades en el aprendizaje^{7,8}.

Predictores de depresión postparto

En dos estudios con mujeres no hispanas se encontró que la depresión antenatal es predictiva de depresión postparto^{9,10}. En una muestra de mujeres mexicanas en postparto¹¹ encontró que la depresión antenatal es predictiva de depresión postparto.

Otros estudios hechos durante el período postparto, mostraron que las relaciones matrimoniales de mala calidad se relacionaron con una mayor incidencia de depresión postparto^{9,12}.

Los factores culturales, el apoyo social y la calidad de vida pueden ser otras variables que se relacionan con la depresión postparto en mujeres colombianas.

Apoyo social. El apoyo social y los niveles de satisfacción con el cambio de vida fueron los predictores principales de depresión en madres primíparas durante los primeros seis meses postparto¹³. La literatura sobre apoyo social y depresión postparto muestra resultados diferentes con respecto al número de los confidentes sociales y su influencia en la depresión postparto¹⁴; el tamaño de la red de apoyo social también se ha relacionado con la depresión postparto¹⁴.

Mujeres con depresión postparto informan contacto frecuente con miembros de su red de apoyo social, pero estos contactos son de baja calidad, sobre todo con el apoyo de sus esposos¹⁵. En un estudio¹⁶ de 120 madres primíparas negras y puertorriqueñas, la depresión se relacionó negativamente con el apoyo social percibido.

En una muestra con 66 mujeres México-americanas multíparas¹¹ se encontró que la insatisfacción con el apoyo antenatal, la necesidad de apoyo postparto y el tamaño de la red de apoyo en el postparto fueron predictores de depresión postparto.

Para el presente estudio el apoyo social es definido como las actividades dirigidas a asistir a otros en el manejo de la tensión emocional, compartir las tareas, dar consejos, enseñar destrezas y dar apoyo material¹⁷.

Calidad de vida. Considerada como un concepto multidimensional¹⁸, definida como la percepción individual de bienestar que se origina de la satisfacción en áreas de la vida que son importantes para la persona^{19,20}; se utiliza como una aproximación al bienestar psicológico. Se ha mostrado que la calidad de vida se relaciona con la depresión postparto^{11,18,21}.

METODOLOGÍA

Es un estudio exploratorio y correlacional, se compararon y se relacionaron los resultados entre los períodos prenatal y postnatal. Los sitios para la búsqueda de las participantes fueron los consultorios de atención prenatal y de control postparto de los centros hospitalarios de Cañaveralejo, Primitivo Iglesias, el Hospital Carlos Carmona y el Centro de Salud de Siloé en Cali. Se tomó una muestra por conveniencia utilizando datos establecidos por Martínez- Schallmoser¹¹ y análisis de poder usando nQuery²². El tamaño de la muestra inicial fue de 60 mujeres escogidas entre las gestantes que asistían a control prenatal en los centros seleccionados y a quienes no se les había realizado la valoración de la sintomatología depresiva. Las mujeres que cumplieron con los requisitos de inclusión, que dieron su consentimiento escrito para participar, que completaron los cuestionarios y la entrevista entre las semanas 34 y 36 de gestación y entre las semanas postparto 4 y 6, se incluyeron en el estudio (la muestra final fue de 35 mujeres). Los criterios de inclusión fueron:

1. Mujeres de origen hispano, blancas, mestizas, mulatas, o zambas.
2. Edad entre 20-39 años.
3. Casada o en unión libre.
4. Alfabetada.
5. Historia personal sin diabetes, sin enfermedad cardíaca, sin hipertensión, sin enfermedad renal, sin enfermedad del colágeno, sin tumor maligno, con citología vaginal normal, sin embarazo múltiple, y sin complicaciones médicas personales o del bebé.
6. Historia sin enfermedad mental previa y sin medicación antidepresiva.
7. Estado de salud sin signos de desnutrición severa o drogadicción.
8. Multípara.
9. Edad gestacional entre 34 y 36 semanas en el momento de la inclusión en el estudio y posibilidad de visita a las 4 y 6 semanas postparto para completar los datos.

Instrumentos. Se usó un formato con preguntas sobre la historia clínica para obtener los datos obstétricos y médicos de cada una de las participantes, los cuales se tomaron de los registros clínicos prenatales y postnatales; se aplicó sólo en el embarazo, el Cuestionario de Factores de Riesgo; la Escala de Depresión, la Escala de Apoyo Social y el Índice de Calidad de Vida se aplicaron tanto en el embarazo (34-36 semanas) como en el postparto (entre la 4 y 6 semana).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) es un instrumento de 20 puntos, usado para evaluar sintomatología depresiva en la población general^{23,25} con una consistencia interna de 0.86 para la población general^{23,26} de 0.85 para mujeres y de 0.82 para hombres²⁷.

Esta escala también ha sido usada con muestras de población hispanoamericana²⁴. Martínez- Schallmoser¹¹ informó coeficientes α de 0.87 y de 0.88 para las aplicaciones de la escala en el período prenatal y postparto respectivamente con mujeres México-americanas.

Si bien, el diagnóstico clínico de depresión no se efectúa con la escala CES-D, las personas con puntaje de 16 ó más en esta escala, se consideran que exhiben síntomas actuales de depresión^{24,25}.

Las mujeres con puntaje >16 se remitieron al Hospital Universitario del Valle (HUV) para confirmar o descartar el diagnóstico de depresión y para que se les proporcionara tratamiento médico si así lo necesitaban.

La Escala de Apoyo Social contiene 22 puntos²⁸. La validez de construcción se derivó del esquema conceptual de las funciones del apoyo social¹⁷. En la escala se pregunta sobre la necesidad de apoyo, la satisfacción con el apoyo recibido y la red de miembros quienes en el último mes dieron asistencia en las funciones de apoyo, como relaciones de confianza, ayuda material, consejo sobre el estado de embarazo y postparto, realimentación positiva, asistencia física en los quehaceres del hogar, participación social y ayuda con el cuidado del bebé.

Las participantes clasificaron cada una de las preguntas sobre las funciones en términos de la satisfacción con el apoyo recibido, y la necesidad de apoyo para cada función; también se preguntó la lista de los miembros de la red con quien las participantes esperaban tener desacuerdos. La red de apoyo consiste en el número total de fuentes usadas al menos una vez a través de cada una de las funciones de apoyo.

El Índice de Calidad de Vida (Quality of Life Index, QLI)¹⁹ es construido con cuatro subescalas denominadas salud y funcionamiento, socioeconómica, psicológica/espiritual y la familia. Consta de dos partes, satisfacción e importancia y contiene 34 puntos. La traducción de este índice al castellano se realizó con el procedimiento descrito por Brislin²⁹; también se usó en mujeres mexicanoamericanas por Martínez-Schallmoser¹¹ en los períodos prenatal y postparto. Los coeficientes α para los dos períodos tuvieron un valor de 0.93 para la escala total.

Análisis de los datos. Se usó estadística descriptiva, se determinó la relación entre el apoyo social y la calidad de vida prenatal, postnatal y la sintomatología depresiva. Para determinar los factores predictores de la depresión postparto se corrió regresión múltiple lineal, prueba $R^2=0$ para k covariables distribuidas normalmente; el nivel de significancia aceptado fue de $p<.05$.

Consideraciones éticas. No existían riesgos para las mujeres participantes, ni de tipo físico, social o legal. Se les aseguró que la atención en salud que recibirían sería igual si ellas decidían retirarse del estudio en cualquier momento y que los resultados serían presentados en las instituciones de salud, al igual que se guardaría la confidencialidad de sus nombres y que sólo las entrevistadoras/ investigadoras tendrán acceso a los cuestionarios.

RESULTADOS

La muestra final de 35 mujeres arrojó un porcentaje de pérdida de 42%, cifra considerada muy alta; las razones principales de pérdida fueron el cambio de domicilio para estar cerca de la familia durante el período postparto y la dirección equivocada que registraron algunas mujeres.

Con respecto a los instrumentos, los resultados de los coeficientes alfa de Cronbach se presentan para las medidas tomadas en el embarazo y en el postparto (Cuadro 1).

Datos sociodemográficos. Los datos de caracterización de la muestra fueron: edad promedio 26 años, unión libre para 54% de ellas, educación promedio 7.6 años, 80% de ellas no tenían seguridad social y 100% procedían de barrios cuyo estrato socioeconómico era bajo; la edad gestacional al asistir al primer control en promedio fue de 21 semanas de gestación.

Cuadro 1
Valores del coeficiente de Cronbach
para los instrumentos del estudio

| Instrumentos | Aplicados en el Embarazo Postparto | |
|------------------------------------|------------------------------------|-----|
| Cuestionario de factores de riesgo | .80 | |
| Calidad de vida (total) | .96 | .89 |
| Subescala salud | .83 | .83 |
| Subescala psicoespiritual | .82 | .82 |
| Subescala socioeconómica | .82 | .71 |
| Subescala familia | .55 | .47 |
| Apoyo Social | | |
| Necesidad | .79 | .87 |
| Satisfacción | .72 | .43 |

Sintomatología las mujeres 66% sintomatología

prenatal y 57% en el postparto; la diferencia entre estas dos medidas no fue significativa.

depresiva. Del total de expresaron depresiva en la etapa

Correlaciones. Se realizaron con 35 mujeres; se obtuvo relación significativa medida con el coeficiente de relación de Pearson, entre el puntaje de la sintomatología depresiva en el postparto y las variables de apoyo social y calidad de vida (en el embarazo y el postparto) y la sintomatología depresiva en el embarazo (Cuadro 2).

Se obtuvieron dos ecuaciones de regresión con la variable dependiente depresión en el postparto; uno con las variables medidas en el embarazo y el otro con las variables medidas en el postparto. El modelo con las variables medidas en el embarazo obtuvo un coeficiente de regresión, $R^2 = .67$ con las variables calidad de vida, tamaño de la red de apoyo, conflicto con la red de apoyo, necesidad de apoyo, satisfacción con el apoyo social y factores de riesgo.

Esas mismas variables medidas en el postparto excepto la de factores de riesgo (se midió sólo en el embarazo), entraron en la ecuación de regresión y explican el 65% de la varianza.

Cuadro 2
Correlación de la sintomatología depresiva en el postparto con las variables en el embarazo y en el postparto

| Variables | Sintomatología depresiva en el postparto r de Pearson | Valor de p |
|--|--|------------|
| <i>• Apoyo social</i> | | |
| <i>En el embarazo</i> | | |
| Satisfacción con el apoyo | -0.41 | p=0.007 |
| Tamaño de la red de apoyo | -0.36 | p=0.017 |
| <i>• En el postparto</i> | | |
| Necesidad de apoyo | 0.31 | p=0.037 |
| Satisfacción con el apoyo | 0.54 | p=0.000 |
| Tamaño de la red de apoyo | -0.45 | p=0.003 |
| Conflicto con la red de apoyo | 0.59 | p=0.000 |
| <i>• Sintomatología depresiva en el embarazo</i> | 0.35 | p=0.021 |
| <i>• Calidad de vida</i> | | |
| En el embarazo | -0.42 | p=0.007 |
| En el postparto | -0.72 | p=0.000 |

DISC

USIÓN

Con respecto a los instrumentos, todas las medidas del coeficiente alfa de Cronbach muestran que los instrumentos usados son altamente confiables; en el Instrumento Calidad de Vida, la medida de la subescala familia dio un resultado bajo pero aceptable; una posible explicación es por el poco número de enunciados que la componen; igual podría pensarse para la subescala satisfacción del apoyo social.

Sintomatología depresiva

Este estudio mostró un porcentaje muy alto, 66% y 57%, de mujeres con sintomatología depresiva tanto en el período prenatal como en el postparto respectivamente. Este resultado es preocupante porque la madre y su hijo viven en un ambiente familiar inadecuado en donde además de la pobreza, la mujer deprimida presenta tristeza frecuente, falta de motivación, pérdida de interés, cansancio, entre otras manifestaciones; en estas circunstancias, el estado de ánimo la limita para satisfacer plenamente las necesidades físicas y emocionales del hijo, por esto es un riesgo físico y emocional para el niño, de la misma manera se altera la dinámica de la vida familiar.

Si la depresión persiste en la mujer y se presentan ideas acompañadas de intento de suicidio, la situación es un peligro inminente para la vida de la madre y el hijo, lo cual amerita intervención de emergencia. No existen datos exactos, pero se cree que para muchas mujeres la depresión parece continuar por largo tiempo y está estrechamente relacionada con las circunstancias económicas y sociales³⁰; es de recordar que las mujeres de este estudio pertenecían todas a estratos socioeconómicos bajos.

Cifras informadas en otros medios revelan una menor proporción de mujeres con depresión postparto 10%- 15%³¹, y 3%-27%^{4,32}. En este estudio no se encontraron diferencias significativas para la sintomatología depresiva entre los porcentaje en el

embarazo y en el postparto; otros estudios han mostrado que las mujeres se deprimen más durante el postparto³³; este resultado debe ser tenido en cuenta porque esas mujeres estarían experimentando malestar psicológico y la mayoría no recibe ni busca ayuda o cuidado apropiado. Este hallazgo sugiere que en algunos casos puede ser posible que el desorden psicológico que se presenta en el embarazo se continúe en el postparto.

Apoyo social y calidad de vida

Algunos estudios han mostrado que personas con poco apoyo social tienen un sentido de pérdida de control de sí mismas. Se ha planteado que el apoyo social³⁴ puede contribuir a lograr un sentido más generalizado de control y este sentido de control a su vez tendría efectos benéficos para la salud. Beck, con base en un estudio cualitativo encontró que uno de los problemas básicos que presentaron las mujeres que asistieron a un grupo de apoyo para depresión postparto era la pérdida de control³³.

Las necesidades de apoyo social y la satisfacción con el apoyo, el tamaño de la red y el conflicto con la red son variables que explicaron más de 50% de la varianza en la ecuación de regresión, podrían ser predictoras de sintomatología depresiva, lo que amerita realizar futuros estudios prospectivos en los que se midan estas variables y con muestras aleatorias y representativas; en este estudio, podría explicarse este hallazgo por un aumento de las necesidades durante el embarazo y postparto, una red de apoyo reducida que las mujeres la mortalidad materna.

Los hallazgos de este artículo sugieren la necesidad de realizar estudios en los cuales se relacione el estrés actual o percibido y la sintomatología depresiva en mujeres en diferentes etapas de la vida y particularmente en los períodos prenatal y postparto y con diferentes características sociodemográficas, porque también se ha planteado el posible efecto de la pobreza en el aumento del estrés³⁷. En este estudio se encontró que la mayoría de las mujeres estaban dedicadas a los oficios del hogar y en poca proporción a oficios de bajo status; varios estudios han mostrado que las amas de casa de tiempo completo, son particularmente propensas a la depresión, especialmente si ellas tienen otros hijos pequeños^{38,39}. El hallazgo de una gran proporción de mujeres en relación marital en unión libre, llama la atención, amerita incluir el tipo de relación marital en futuros estudios y buscar su relación con sintomatología depresiva. Algunos autores, han planteado que para las mujeres el hecho de ser casadas no se constituye en factor protector de depresión^{37,40}.

Estudios de mujeres en tratamiento psiquiátrico han mostrado relación entre síntomas de depresión y el estado civil casada⁴¹.

Cambio paradigmático: propuesta en construcción

El paradigma de la modernidad ha dominado el quehacer de los diferentes profesionales y ha tenido una profunda penetración en las diversas áreas de la existencia humana; también ha generado una paradoja: “surgió la inhabilidad para explorar las dimensiones de la vida humana conjuntamente con otras dimensiones”⁴². Existe la necesidad de nuevos abordajes teóricoprácticos que promuevan una convergencia de acciones para lograr el cambio que requieren los servicios de poseen

probablemente desde mucho antes del embarazo y la poca disponibilidad de recursos que ellas poseen.

Por otro lado, la condición de unión libre puede tener a las mujeres en desventaja ante su familia política; otra explicación es la influencia de la migración a las ciudades sobre el apoyo social; p. e., contribuir con la pérdida de las fuentes tradicionales de apoyo.

Es entonces imperativo que la prestación de la atención en salud cambie para dar importancia a la valoración y apoyo a mujeres desde un enfoque más holístico. Las profesionales de enfermería con un abordaje diferente y con el trabajo en equipo con otros profesionales, pueden ofrecer nuevas oportunidades de cuidado a las mujeres.

En las consultas prenatales el enfoque biológico prima sobre los aspectos psicológicos y sociales, las mujeres son dependientes de lo que digan los profesionales de la salud, no se tiene en cuenta lo que dicen las mujeres porque casi siempre se ignora la subjetividad de las mismas, la expresión de sentimientos y de sus experiencias de vida; en este modelo de atención lo más desgastante es la falta de realimentación, considerada importante para la toma de decisiones³⁵.

La maternidad y la crianza de los niños se consideran como una condición femenina; es por esto que la posibilidad de los orígenes estructurales sociales de la depresión postparto raramente se han investigado.

El modelo dominante construido por las normas médicas es uno completamente asocial, que se centra en el tratamiento farmacológico y de laboratorio; sin embargo, hoy en día se están dando cambios importantes como el aporte de Herrera *et al.*³⁶. con el que se ha demostrado científicamente la reducción de la morbilidad y salud y la práctica de los profesionales⁴³.

En enfermería es urgente el abordaje conjunto de acciones entre las más variadas disciplinas; su perspectiva de sobrevivencia está directamente relacionada con una perspectiva integrada de acciones como lo promulga da Silva⁴⁴ quien a su vez afirma que una disciplina es reconocida no sólo por sus aportes con la construcción del saber, sino también por las transformaciones en los patrones de expresión de conciencia y en la calidad de vida de la población.

El cuidado de enfermería debe adoptar un modelo diferente al modelo masculino el cual se basa en prácticas analíticas, investigación experimental y medidas objetivas, en donde la persona es concebida de manera fragmentada como objeto o máquina cuerpo, a diferencia del modelo femenino centrado en la persona como totalidad, contemplando sus experiencias de vida y su ambiente⁴⁵. Se requiere entonces un cuidado caracterizado por una forma innovadora de sentir-pensar, desarrollado a partir de la interrelación por el diálogo permanente entre profesionales, individuos, familias, comunidades y sociedades, sin perder de vista la realidad transdimensional⁴⁴.

Lo anterior permite formular un abordaje al cuidado de las mujeres en el contexto social, de sus familias, parejas y comunidades, en el cual se realice trabajo anticipatorio con adolescentes, en etapas preconcepcionales, con la pareja, las familias y la comunidad. Creemos que la enfermería tiene una gran oportunidad en este abordaje y el cuidado proporcionado puede contribuir a trascender de lo biológico y tradicional y del proceso salud-enfermedad, a un cuidado transdimensional

y a nuevas concepciones teórico-prácticas, que caten la dimensión interior de los seres y amplie las formas de interactuar con la realidad⁴⁴.

Deben ser reconocidas dos limitaciones del estudio: una muestra por conveniencia y el tamaño pequeño.

Se recomienda hacer estudios similares con muestras de mayor tamaño, tomadas en los mismos sitios.

Hay necesidad de realizar detección temprana de mujeres con riesgo de sufrir depresión postparto y de una intervención temprana y seguimiento durante el período perinatal. Los cuidados de enfermería deberían incluir la valoración sobre factores de riesgo, presencia de sintomatología depresiva, tamaño de la red, relaciones con los miembros de la red para encontrar conflictos, necesidades y satisfacción con el apoyo social y la calidad de vida de las mujeres. Se recomiendan programas de apoyo mutuo con grupos de autoayuda.

REFERENCIAS

1. Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatr* 1968; 11: 1325-35.
2. Zuckerman B, Beardslee W. Maternal depression: a concern for pediatricians. *Pediatrics* 1987; 79: 110-17.
3. Hamilton JA, Neel-Harberger P (eds.). *Postpartum psychiatric illness: a picture puzzle*. Philadelphia; University of Pennsylvania Press, 1992.
4. Kumar R. Postnatal mental illness: A transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 250-54.
5. Dalton K. *Depression after childbirth: how to recognize and treat postnatal illness*. New York; Oxford University Press, 1980.
6. Gelder M. Behavioral reactions during the postpartum period: experiences of 108 women. *Wom Health* 1978; 4: 355-71.
7. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and reanalysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995; 25: 165-81.
8. Stein A, Gath DA, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between postnatal depression and motherchild interaction. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 46-52.
9. Gotlib I, Whiffen V, Wallace P, Mount J. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnormal Psychol* 1991; 100: 122-32.
10. O'Hara M, Schelechte J, Lewis D, Varner M. Controlled perspective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J Abnormal Psychol* 1991; 100: 63-73.
11. Martínez-Schallmoser L. Perinatal depressive symptoms, quality of life, social support and risk factors in Mexican- American women. *Doctoral dissertations*. University of Illinois at Chicago. *Dissertations Abstracts International*, 53, 1992. P. 2557.
12. Hock E, Schirtzinger B, Widaman K, Lutz WJ. Maternal depressive symptomatology over the transition to parenthood: assessing the influence of marital satisfaction and marital sex role traditionalism. *J Fam Psychol* 1995; 9: 79-88.
13. Turner R. Social support as contingency in psychological well-being. *J Health Social Behavior* 1981; 21: 357-67.
14. Collins N, Dunkel-Schetter M, Scrimshaw S. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Social Psychol* 1993; 65: 1243-58.
15. Campbell A, Cohn J, Flanagan C, Popper S, Meyers T. Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Develop Psychol* 1992; 4: 29-47.
16. Leadbeater B, Linares O. Depressive symptoms in black and Puerto Rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Develop Psychopatol* 1992; 4: 451-68.
17. Barrera M. Social support in the adjustment of pregnant adolescents, assessment issues. Glottlieb BH (ed.). *In Social networks and social support*. Beverly Hills; Sage, 1981.
18. Ferrans CE. Development of quality of life index for patients with cancer. *Oncology* 1990; 17: S15-9.
19. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: Development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci* 1985; 8: 15-24.
20. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health* 1992; 15: 29-38.
21. Abbey A, Andrews F. Modeling the psychological determinants of life quality. Andrews F (ed.). *In Research of substantive theory of postpartum depression*. *Nurs Res* 1993; 42: 42-8.
22. Ellashoff JD. *Query Adviser user's guide*. Los Angeles; Dixon Asoc., 1995.
23. Eaton WE, Kessler LG. Rates of symptoms of depression in a national sample. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 528-38.
24. Moscicki EK, Rae DS, Regier D, Locke BZ. The Hispanic health and nutrition examination survey: depression among Mexican-Americans, Cuban-Americans and Puerto Ricans. Gaviria M, Arana JD (eds.). *In Health and behavior: research agenda for Hispanics*. The Simon Bolivar Research Monograph Series. Chicago; Univeristy of Illinois Press, 1987. Pp. 145-59.
25. Radloff IS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurment* 1977; 1: 385-401.
26. Husaini BA, von Frank A. Life events, coping resources, and depression: a longitudinal study of direct buffering and reciprocal effects. *Res Comm Mental Health* 1985; 5: 11-136.
27. Ross CE, Huber J. Hardship and depression. *J Health Soc Beh* 1985; 26: 312-27.
28. Telleen S. Parental beliefs and help seeking in mothers use of communitybased family supprot program. *J Com Psychol* 1990; 18: 264-76.
29. Brislin RW. The wording and translation of research insruments. Lonner WJ, Berry JW (eds.). *In Field methods in transcultural research*. Sage; Beverly Hills, 1986. Pp. 137-64.
30. Romito P. Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obst Gynecol Scand* 1990; 69: S1-37.
31. Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Comm Psychiatr* 1994; 45: 1191-96.

32. Clark EM, Williams A. Depression in women after perinatal death. *Lancet* 1979; 1: 916-17.
33. Beck CT. Teetering on the edge: A Stewart M. Integrating social support in nursing. Newbury Park; SAGE Publications, 1993.
34. Kobinsky M, Timyan J, Gay, J (eds.). The health of women: a global perspective. Boulder; Westview Press, 1993
35. Herrera JA, Cáceres D, Gracia B. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia. Bogotá; Trazo Ltda., 1997.
36. Radloff L. Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status. *Sex Roles* 1975; 1: 249-69.
37. Doyal L. What makes woman sick. Gender and the political economy of health. New Jersey; New Brunswick, 1995
38. Romito P. Work and health in mothers of young children: who cares? Proceedings of Conference on Women Health and Work, CAPS, Barcelona, Nov. 11-12, 1993.
39. Gove WR. The relationships between sex roles, marital status and mental illness. *Soc Forces* 1972; 51: 34-44.
40. Weissman M, Paykel ES. The depressed woman: A study of social relationships. Chicago; University of Chicago Press, 1974.
41. Taylor RL, Watson J. The shall not hurt: human suffering and human caring. Springfield; Colorado Associated University, 1989.
42. Canaval GE. Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería* 1998; 16: 753-70.
43. da Silva AL. Cuidado transdimensional: Um paradigma emergente. Série Teses em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, Ed. UFPL, 1997.
44. da Silva AL. Trascendiendo femenino e masculino; uma relação estética para a conciencia do cuidado. *Texto & Contexto-Enfermagem* 1996; 5: 18-33. quality of life. Ann Arbor; University of Michigan, 1985. Pp. 85-116.

LA AUTONOMÍA VISTA POR LAS PERSONAS ANCIANAS*

Francine Mayor
Enfermera. Maestra en Ciencias de la Enfermería

La mayor parte de la investigadoras consideran la autonomía como una capacidad funcional en la que el debilitamiento trae consigo diversos problemas para los profesionales que trabajan cerca de las personas ancianas y para los miembros de sus familias.

Al igual que ellos reconocen algunas veces su capacidad o la dificultad para efectuar ciertas actividades, las personas ancianas se sienten más aptas para participar en la toma de decisiones que les conciernen. Ellos, sin embargo, son a menudo excluidos de sus propios procesos de decisiones, porque sus descendientes los juzgan incapaces de tomar una decisión o estima que ellos “están fuera de tiempo”.

La literatura sostiene que el sujeto demuestra hasta que punto la experiencia de la autonomía es rica en nociones que revelan su dinámica, tales como la autodeterminación, la autosuficiencia, la libertad de decidir y de acción, la eficacia persona, la competencia, etc. Hasta ahora, este fenómeno ha sido particularmente analizado según la definición que las mismas investigadoras han establecido o según la percepción de uno de los miembros de la familia que viven con las personas ancianas. Asimismo, por más curioso que parezca, la autonomía ha sido raramente considerada según el punto de vista de la propia persona anciana.

Es por esto que la presente investigación versa sobre la experiencia de la autonomía vista por la propia persona anciana.

Esto está fundado sobre el modelo conceptual del ser y devenir de Parse (1981, 1987, 1992), que sugiere cierto tipo de análisis. Parse (1981) describe la autonomía como un proceso de perpetuo movimiento, en los que los elementos no pueden ser medidos ni clasificados, ya que la persona anciana hace constantemente elecciones motivadas por el sentido que ellos dan a su experiencia de vida, dentro de un contexto de intercambios con sus allegados.

Mientras que una persona anciana recibe la ayuda de un miembro de la familia, puede tener sentimientos ambivalentes, donde se mezclan contradictoriamente los deseos de autonomía y de dependencia (Horowitz, *et al*, 1991).

UNA DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA DE LA AUTONOMÍA

Con el objetivo de comprender el significado de la autonomía para una persona de 80 años o más, que vive con un miembro de su familia, se entrevistaron a cuatro mujeres ancianas con edades entre 81 a 90 años, todas viudas, después de muchos años (entre 5 a 31 años de viudez); dos de ellas que habían vivido siempre con un hijo desde hace un año.

Teniendo en cuenta el objetivo de la investigación y del modelo conceptual seleccionado, se decidió esta aproximación metodológica porque permite describir la

* Título original: “L’autonomie, vue par les personnes âgées de Francine Major. Resume de recherche. En L’infirmière du Québec. Mars/avril, 1996. pp. 46-48. Trad. libre hecha por Mtra. Laura Morán Peña como apoyo para los profesores y alumnos de las materias de Metodología de la Investigación y Seminario de Tesis y a los profesores y alumnos de la Especialidad de Enfermería del Anciano.

experiencia de la autonomía a partir del sentido que le da la misma persona anciana (Gubrium, 1992) (ver recuadro: **¿Qué es la aproximación fenomenológica?**).

Una guía de entrevista, compuesta de preguntas abiertas ha servido para escoger las descripciones de las experiencias de vida relacionadas con la autonomía de las personas ancianas (tal como ellas mismas las formulan). Las preguntas tomaban el contexto de la cohabitación con un miembro de la familia. Durante las entrevistas, las personas ancianas han sido invitadas a revelar sus pensamientos, sentimientos y emociones ligadas a hechos o situaciones en las cuales ellas se sentían autónomas o en otros en los que no se sentían autónomas.

Las entrevistas, que tuvieron lugar en el domicilio de las pacientes, fueron grabadas en cintas magnéticas. Después de cada entrevista el contenido de los cassettes fue transcrito. Las grabaciones fueron reescuchadas y transcripciones nuevamente releídas y reelaboradas, para que los textos estuvieran acordes al contenido de las entrevistas y, para favorecer un buen conocimiento de las experiencias de las participantes. El análisis de las entrevistas se basó en la guía metodológica de Van Manen (1970).

Un primer análisis de la transcripción de la entrevista permitió extraer los temas que describen la experiencia de autonomía, las cuales

tuvieron que ser validados por las tres persona-recursos (un profesor y dos estudiantes familiarizados con la aproximación fenomenológica) y con las participantes en el estudio. Después de un segundo análisis, los temas tuvieron que ser validados por las participantes en el estudio. La validación hecha con las participantes, permitió profundizar en la comprensión de los temas relevantes y obtener nuevas descripciones de la experiencia de autonomía.

Los dos encuentros con las personas-recursos se hicieron a través de discusiones en grupo; ello permitió verificar la precisión de los resultados obtenidos durante las entrevistas, determinar los principales temas y asegurar que la descripción fenomenológica era fiel a las experiencias de la autonomía de las personas ancianas.

LA EXPERIENCIA DE AUTONOMÍA EN TRES TEMAS

Tres temas principales aportan sobre la experiencia de autonomía tal como las mujeres participantes en el estudio las viven y las describen fueron derivadas de las transcripciones y de las entrevistas. Según estas mujeres, ser autónoma es poseer las capacidades mentales y físicas, conservar su identidad decidir hacer elecciones en función de los cambios.

Estos temas son, a la vez distintos unos de otros pero interrelacionados. Cada uno refleja un aspecto de la experiencia de autonomía tal como la viven las participantes;

¿Qué es la aproximación fenomenológica?

La aproximación fenomenológica tiene por objetivo proveer una descripción fiel de una experiencia tal como la vive la persona (Omery, 1983) a fin de comprenderla y no dirigirla o de presumir sus resultados (Olier, 1982; Valle et King, 1978). La investigación y la escritura fenomenológicas consiste en proveer una descripción que se dirige a explicar la naturaleza de una experiencia humana a partir de una significación que la persona le da (Van Manen, 1990). Además, como un fenómeno o experiencia humana puede difícilmente ser separado de su contexto (Murphy y Longino, 1992).

en conjunto, describen la naturaleza del fenómeno estudiado. (ver recuadro: **Temas relacionados a la autonomía**).

Sin embargo, todavía es difícil o casi imposible, describir completamente un fenómeno (Van Manen, 1990; Valle et King, 1978).

Los tres temas derivados de este estudio, pueden reencontrarse dentro de las experiencias de autonomía de otras personas ancianas, pero no porveen una descripción exhaustiva del fenómeno.

Aún cuando la experiencia de una persona pueda atestiguar la de otras personas (Van Manen, 1990), la descripción fenomenológica podría ser enriquecida posteriormente por otros estudios. Los tres principales temas provenientes de los testimonios recogidos muestra, sin embargo, que la experiencia de autonomía está íntimamente relacionada a la dinámica misma de la existencia humana y cada uno de ellos representa un tipo preciso de relación. El hecho de poseer las capacidades mentales y físicas, expresan la experiencia de autonomía vivida en relación consigo mismo; el hecho de conservar su identidad, traduce la experiencia de autonomía vivida en relación con los otros; y el hecho de poder elegir en función de los cambios correspondientes a la experiencia de autonomía vivida en relación consigo mismo y con los otros.

TEMAS RELACIONADOS A LA EXPERIENCIA DE AUTONOMÍA

| TEMAS PRINCIPALES | TEMAS RELACIONADOS Y SUBTEMAS |
|--|--|
| Posee las capacidades mentales y físicas | Reconocer sus fuerzas: Estar suficientemente sana Tener confianza en sí misma Tener propias ideas y opiniones aún si ellas no pueden estar siempre expresadas Tener ideas claras acerca de si misma y de sus experiencias Tener una rutina cotidiana Utilizar, si es preciso, las ayudas técnicas |
| Conservar su identidad | Servirse de fuerzas: Encargarse de sus asuntos Arreglárselas solas Desenvolverse por si mismas Conservar su lugar en el seno de la familia Desempeñar ciertas cosas a su manera Reafirmarse Compartir Prestar ayuda Aceptar recibir ayuda Expresar sus ideas Demostrar a través de su deseos |
| Hacer las cosas más allá de los cambios | Tomar conciencia de las modificaciones que efectan su estado: Esforzarse por conservar sus fuerzas Orientarse hacia otras posibilidades Dar un sentido a sus elecciones |

Poseer las capacidades mentales y físicas

La experiencia de autonomía vivida en relación consigo mismo se apoya en el potencial que tienen las participantes de poder pensar y actuar teniendo en cuenta la dinámica existente entre sus deseos y las dificultades que padecen. Ser autónomo significa, disponer de las capacidades mentales y físicas, reconocer sus fuerzas y valerse de ellas. Estas fuerzas, según las participantes, son las siguientes: estar suficientemente sano, tener confianza en sí misma, tener sus propias ideas y opiniones, aún cuando éstas no puedan siempre ser expresadas en voz alta, tener ideas claras acerca de sí mismo y de sus experiencias, tener una rutina cotidiana, disponer de ayudas técnicas, si fuera necesario (andadera, barras de apoyo dentro de la sala de baño, etc.). Estas mujeres explicaron qué sienten cuando utilizan sus propias fuerzas y cómo se ven a ellas mismas cuando utilizan aditamentos de apoyo y cómo cuando se las arreglan por sí mismas y se desenvuelven solas.

Conservar su identidad

La experiencia de autonomía vivida en relación con los otros, está constituida de intercambios con los otros. Estos intercambios hacen emerger los valores y los deseos que importan a la persona anciana y que son origen de manera única de ser y de comportarse. Ser autónomo, significa entonces conservar su identidad y su lugar en el seno de su familia y de su entorno, realizar ciertas cosas a su manera, reafirmarse, compartir, prestar ayuda, aceptar la ayuda, expresar sus deseos y reconstituirse a través de sus deseos.

Hacer las cosas más allá de los cambios

La experiencia de autonomía vivida en relación a sí mismo y con los otros, se refiere a un cambio de perspectiva delante de las cosas que revelan nuevos límites y posibilidades. Las modificaciones que afectan el estado físico y mental de la persona anciana produce un cambio en la manera de percibir su situación y su manera de comportarse, tomando en cuenta su nueva situación. De acuerdo con las mujeres ancianas entrevistadas, ser autónomo corresponde a hacer las cosas más allá de las modificaciones que afectan su estado, tomar conciencia de estos cambios, esforzarse por conservar sus fuerzas el mayor tiempo posible, orientarse a través de otras posibilidades y darle sentido a sus elecciones. En reflejo a las modificaciones que afectan sus capacidades así como las repercusiones de esta situación sobre su vida y las de los otros, las personas ancianas cambian su perspectiva frente a su situación, con el fin de estar todavía en posibilidad de elegir más allá de los cambios. Con este propósito, ellas intercambian con su entorno y se muestran receptivas a la opinión de los que las rodean. Ellas pueden, por ejemplo, escoger no sólo hacer una actividad y de esperar el momento en el que la ayuda estará disponible para evitar las consecuencias fastidiosas o enojosas para ellas, o para no ir en contra de los deseos de los que las rodean.

Este estudio muestra que la noción de mutualidad dentro de los intercambios es una dimensión presente dentro de la experiencia de autonomía de las mujeres entrevistadas, que no solamente se dan cuenta de sus propios deseos, sino también de los que las rodean. Este estudio ha igualmente demostrado que la autonomía trae consigo una noción de ir más allá de sí mismo hacia una realidad que no existe todavía: las personas ancianas hacen las elecciones que crean las nuevas situaciones al mismo tiempo para ellas mismas y para las personas con las que ellas conviven.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA

La enfermera que basa su práctica sobre la teoría del ser y devenir de Parse, tiene por objetivo favorecer la calidad de vida de la persona anciana según el punto de vista que ésta última adopta. A medida que la persona anciana revela el sentido que ella da a sus experiencias de autonomía, la enfermera se puede inspirar a partir de esta descripción fenomenológica para explorar con ella los diversos aspectos, sobre todo, respetando su ritmo, sus ambivalencias y sus elecciones. La enfermera puede profundizar con la persona, el sentido que toman las diversas posibilidades y examinar los límites. Comprometiéndose en estos intercambios con la persona anciana, la enfermera le ofrece una presencia auténtica.

Así, nuevos significados pueden emerger, abrir la puerta a otras posibilidades y revelar la manera única en la que la persona anciana es y deviene.

REFERENCIAS

- Agich, G.J. <<Reassessing autonomy in long-term care>>, Hasting Center Report, novembre/décembre, 1990 p. 12-17
- Gubrium, J.F. <<Qualitative research comes of age in gerontology>>, The Gerontologist, vol 32 no. 1, 1992 p.581-582
- Horowitz, B.M. Silverstone et Reinhardt, JP <<A conceptual and empirical exploitation of personal autonomy issues within family caregiving relationships>>, The Gerontologist, vol 31 no. 1, 1991 p.23-31
- Munhall, P.L. et Oiler, CG <<Nursing research: a qualitative perspective>>, Norwalk, Appleton Century-Crofts, 1986
- Murphy, J.W. et Longino, CF <<Whats is the justification for a qualitative approach to ageing studies>>, Nursing Research: A qualitative perspective, vol 12 no.2, 1992 p.143-156
- Oiler, C. <<The phenomenology: approach in nursing research>>, Nursing Research, vol 31 no. 3, 1982 p. 178-182
- Omery, A. <<Phenomenology: a method for nursing research>>, Advances in Nursing Sciences, vol 5 no.2, 1983 p.49-63
- Parse, R.R. Man-Living-Health: A theory of nursing. New York, John Wiley & Sons, 1981
- <<Man-Living-Health: A theory of nursing>>, dans R.R. Parse (éd), Nursing Science: Major paradigms, theories and critiques, Philadelphia, W. B., Saunders, 1987 p. 159-180
- <<Human becoming: Parse's theory of nursing>>, Nursing Science Quaterly, vol 5 no. 1, 1992 p. 35-42
- Valle, R. et King, M. <<An introduction to existencial phenomenological thought in psychology>>, dans R. Valle et M. King, Existencial Phenomenological alternatives for psychology, New York, Oxford Press, 1978 p. 3-17
- Van Manen, M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy, London, The Althouse Press, 1990
- Young, R. Personal autonomy: beyond negative and positive liberty, New York, St. Martin's Press, 1986

LA AUTORA

Francine Mayor es licenciada en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Laval y cursó una Maestría en Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Montral. Coordinadora de un centro de día para personas ancianas. Después Enfermera Clínica Especializada en geronto-geriatria, ella es, en el momento actual, profesora del departamento de Ciencias de Enfermería en la Universidad de Québec en Hull.

EL MUNDO AFECTIVO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA*

Nelvia Victoria Lugo Agudelo**

Resumen

El estudio hace parte de la línea de investigación embarazo en adolescentes de la Universidad de Antioquia. Su objetivo fue comprender el significado y naturaleza de las relaciones afectivas para la adolescente embarazada. Se utilizó una metodología cualitativa fenomenológica que permitió una comprensión a profundidad de la esencia de la experiencia afectiva desde la perspectiva de las adolescentes. Las participantes fueron jóvenes entre 13 y 19 años residentes de la ciudad de Manizales. Se realizaron 22 entrevistas abiertas que fueron grabadas y transcritas, y se obtuvieron cinco cartas escritas por las participantes. Los datos fueron analizados usando el método de análisis temático propuesto por Max van Manen. La principal conclusión del estudio es que la experiencia central que viven las jóvenes durante su embarazo es el sufrimiento y que está profundamente ligado con su identidad.

Las cualidades del fenómeno se describen a través de cuatro temas: estar abrumada, vivir en descontrol, desilusionarse del amor y soportar el sufrimiento.

Palabras clave: embarazo en adolescencia, sufrimiento, identidad, investigación cualitativa, fenomenología

Abstract

The study belongs to the "pregnant adolescent research line" at the Antioquia's University. Its aim was to understand the significance and nature of affective relationships to pregnant adolescents. It was used a qualitative phenomenological method which allowed a deeper comprehension of the affective experience essence from adolescents perspective. Participants were young women between 13 and 19 years old, who live in Manizales city, Colombia. Twenty two interviews and five letters written by some of the participants were analyzed by a thematic analysis method, proposed by Max van Manen. This approach reveals that suffering is a centre round experience during pregnancy, deeply related with adolescence identity. Qualitatives of the phenomenon has been described in four themes: being overwhelmed, living uncontrolled, being disenchanted about love and finally, tolerating suffering.

Key words: adolescence pregnancy, suffering, identity, qualitative research, phenomenology.

El embarazo en la adolescencia ha sido descrito como un problema de salud pública en Latinoamérica por su magnitud y repercusiones biológicas, psicológicas y sociales (OPS, 1995). Las diversas investigaciones, tradicionalmente epidemiológicas, han arrojado información sobre causas, repercusiones, incidencia, prevalencia, factores de riesgo o factores protectores (OPS, 1995). Sin embargo, aún restan muchas preguntas por resolver especialmente relacionadas con la experiencia de los jóvenes al respecto.

Igualmente, son múltiples los programas preventivos y de atención que se han desarrollado con el ánimo de mitigar los efectos de un embarazo durante la adolescencia. Sin embargo, las tasas de fecundidad entre adolescentes tienden a aumentar en América Latina (OPS, 1997). De esta manera, a pesar de los esfuerzos investigativos y de intervención, no se ha logrado incidir significativamente en la problemática, lo que motivó la realización de la presente investigación, con el propósito de aportar un punto de vista diferente al tradicional, el de las propias jóvenes. El presente estudio hace parte del grupo de investigación sobre adolescentes, liderado por la Dra. Carmen de la Cuesta. Específicamente, el estudio se inscribe en la línea de investigación embarazo en la adolescencia, cuyo propósito es comprender desde el punto de vista del joven, el fenómeno del embarazo en la adolescencia y así proponer acciones preventivas, eficaces y aceptables por ellos.

La investigación que se presenta, se guió por el objetivo general de comprender el significado y naturaleza de las relaciones afectivas de la adolescente embarazada, con el fin de contribuir al mejor conocimiento de ésta problemática. Sus objetivos específicos fueron: describir la experiencia afectiva de las adolescentes embarazadas al interior de sus relaciones más significativas y analizar el desarrollo de las relaciones afectivas de la adolescente a partir de su embarazo. Se presentará a continuación la metodología utilizada, los principales hallazgos y su discusión.

Metodología

Con el fin de dar respuesta a los objetivos propuestos, se decidió aplicar una metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico, utilizando los principios del análisis temático planteados por Max van Manen (1990).

Participantes y acceso a la información

En el estudio participaron 22 adolescentes embarazadas, entre 14 y 19 años, residentes en la ciudad de Manizales y sector rural aledaño. Todas fueron seleccionadas por muestreo teórico, es decir, el propósito del estudio dirigió la selección (Morse, 1989).

Ocho de las participantes tenían entre 14 y 16 años, y catorce entre 17 y 19 años. La mayoría de las jóvenes eran solteras (16), ocho de ellas estaban asistiendo al colegio en el momento del estudio, una a la universidad y el resto había abandonado los estudios (13). De estas últimas, cinco tenían primaria incompleta, cinco bachillerato incompleto y 4 eran bachilleres. Nueve jóvenes provenían de nivel socioeconómico medio (hijas o esposas de empleados), once de nivel bajo (sus padres o esposos sin ocupación fija, subempleados o desempleados) y dos provenían de familias campesinas. Para la mayoría de las jóvenes (21), este era su primer embarazo. Al

momento de la recolección de los datos, tres de las participantes se encontraban en el primer trimestre del embarazo, nueve en el segundo trimestre y diez en el tercero.

Las participantes del estudio se contactaron a través del Grupo Interinstitucional de programas para adolescentes GIPA y al cual pertenecen diversas instituciones del sector salud y educativo de la ciudad de Manizales, tanto públicas como privadas. En primera instancia se estableció comunicación informal con los profesionales relacionados con la atención de las adolescentes. Luego se presentó a los directores de las entidades, un resumen del proyecto y una carta donde se solicitó la autorización formal para llevar a cabo las entrevistas. Una vez obtenida la autorización, la entidad facilitó el contacto con las participantes, se solicitó su participación voluntaria y se les informó acerca del estudio. De esta manera se obtuvo el consentimiento informado de las jóvenes y se garantizó la intimidad, anonimato y confidencialidad de la información, para lo cual se usaron códigos que identificaron las participantes.

Recolección de datos

Previo al estudio principal, se efectuó un estudio exploratorio con dos participantes, de las 22 mencionadas anteriormente, con el fin de probar la habilidad de la investigadora en la recolección de la información y valorar la utilidad y pertinencia de los métodos de recolección de información. Los datos en el estudio principal, fueron recogidos mediante entrevistas fenomenológicas y cartas escritas por las participantes que accedían a ello. Las entrevistas fueron individuales, abiertas y a profundidad, con una duración entre 30 a 60 minutos y realizadas en el medio natural de las jóvenes. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas y verificadas comparando la grabación con el texto.

Para la realización de las entrevistas se contó con una guía, cuyas preguntas de apertura fueron: ¿Cómo es estar embarazada?, ¿Qué ha significado para ti estar embarazada?. La entrevista se fue modificando a medida que avanzaba el análisis y de acuerdo al muestreo teórico. De esta manera, la recolección de información se realizó en tres momentos: una primera recolección abierta (10 entrevistas); la segunda recolección más focalizada (8 entrevistas) y finalmente una última recolección de verificación (2 entrevistas). Sólo cinco participantes permitieron conocer cartas que habían escrito.

Análisis de la información

El análisis de los datos se llevó a cabo de forma concurrente con la recolección de información, respetando los principios de la fenomenología y adherido al procedimiento de análisis temático (Van Manen, 1990).

Al comienzo de la investigación se utilizó el proceso de codificación abierta, planteado por la teoría fundamentada, se escribieron memos analíticos (Strauss and Corbin, 1990) y se hicieron algunas lecturas literarias y poéticas (Van Manen, 1990). De las primeras 10 entrevistas resultó una primera clasificación de 60 grupos de códigos, que fueron reagrupados en 15 y luego en 6 grandes grupos temáticos.

En este momento se hizo una primera aproximación al análisis de los temas y se comienza la segunda recolección de información. La elaboración de memos continuó a lo largo de este momento y se inició la consulta bibliográfica centrada en temas teóricos relacionados y otros estudios fenomenológicos. Se consolida así la identificación y desarrollo de los temas esenciales a través de la reflexión, descripción y escritura fenomenológica. Este procedimiento busca formular temas que se constituyan en unidades de significado de la experiencia y que permitan: dar control y orden a la investigación y a la escritura, capturar el fenómeno que se quiere comprender, describir un aspecto de la estructura de la experiencia y aprehender su significado.

La identificación y desarrollo de los temas requiere escribir reflexiva, intensamente y de manera fenomenológica. En fenomenología la escritura es el método y el resultado a la vez (Madjar, 1999). Para ordenar el proceso de escritura se hicieron tres guiones analíticos mostrando cada uno de los temas en desarrollo, que se iban modificando a medida que avanzaba el análisis y la escritura. En este momento se realizan dos últimas entrevistas para verificar y profundizar los temas emergentes.

La última fase del análisis consistió en la identificación del fenómeno sufrimiento como experiencia central en el mundo afectivo de las jóvenes. Esto fue posible gracias a la reflexión fenomenológica de los datos, la discusión sobre los temas y la consulta bibliográfica. Se realizó un nuevo análisis en el que se profundizó en el fenómeno y se desarrollaron los cuatro temas finales: estar abrumada, vivir en descontrol, desilusionarse del amor y soportar el sufrimiento.

Hallazgos

La experiencia esencial que las adolescentes viven durante su embarazo es el sufrimiento, que es una experiencia universal, particular, subjetiva y compleja. El propósito entonces, de lo que se presenta a continuación como hallazgos del estudio, es describir la manera como la joven sufre durante su embarazo, focalizando el análisis en lo afectivo de esta experiencia, en donde el asunto de la identidad es de fundamental relevancia. La descripción de las cualidades del fenómeno del sufrimiento que viven las jóvenes se hará a través de los temas: sentirse abrumada, vivir en descontrol, desilusionarse del amor y soportar el sufrimiento.

1. Sentirse abrumada

Una de las características principales del sufrimiento que viven las jóvenes en embarazo es que tiene lugar en un contexto social: es experimentado en presencia de otros y vivido en la relación con otros. El contexto social específico, es de desaprobación y el embarazo es considerado como una conducta desviada, por consiguiente conduce al rechazo de la adolescente. (Kano, 1998). En este contexto social específico la joven en embarazo sufre. Sentirse desvalorizada. Las adolescentes participantes en el estudio se definen a sí mismas como un "zapato y un estorbo" [BS], como un "fenómeno raro" [MTV], como "lo peor y un problema" [AEG]. Todas estas expresiones reflejan que las jóvenes sienten que valen poco:

V: ¿y a usted cómo la hizo sentir esa reacción de su papá?

E: uych, como un, como si fuera un zapato, sinceramente ese día, ese día cuando él se enteró, cuando él dijo, él llamó a la casa, yo estaba en la casa, él llamó entonces le dijo a mi mamá que hasta que yo no me fuera él no llegaba, mejor dicho, a mi me dio muy duro. [SMP]

La joven sufre al sentir que vale menos. Es un sufrimiento que proviene de la relación con su mundo exterior: las definiciones que la joven nombra resultan de la interacción con sus otros significativos y son asumidas como definiciones de sí misma. La mirada de los miembros de su familia, lo que hacen, lo que dicen, desgasta su amor propio, la imagen que tenían de ellas mismas.

Además de los miembros de su familia, las adolescentes se sienten miradas, comentadas y criticadas por personas extrañas para ellas. La adolescente se expone a que su intimidad sea invadida por desconocidos, es una persona a la cual los extraños pueden abordar a voluntad. Otros estudios han mostrado que las personas que sufren, generalmente sienten como si anunciaran o mostraran su debilidad y fragilidad frente al mundo (Rodgers, 1997). Las experiencias de sufrimiento hablan de un sí mismo "desnudo y abierto a la vista" (Charmaz, 1999, 364). Por lo tanto, las imágenes del sí mismo resultantes de la exposición se entremezclan con el autoconcepto.

En la experiencia de la adolescente en embarazo existen tres imágenes que la joven incorpora a su autoconcepto, que la desvalorizan y que vive con sufrimiento: sentirse como una mujer que no es deseable, como una hija que defraudó las expectativas de sus padres y como una persona que no es de fiar. Las transformaciones en el cuerpo que sufre la adolescente debido a su embarazo, es el punto de partida para que la joven ponga en duda su valor como mujer deseable. Para las adolescentes, el concepto acerca de su cuerpo es especialmente importante por el proceso de construcción de identidad sexual que llevan a cabo.

La joven en embarazo sufre transformaciones en su cuerpo físico, por los cambios propios del embarazo, en su cuerpo simbólico, porque se rompe con el cuerpo que culturalmente es aceptado y que la joven reconoce como bello y en su cuerpo imaginado, al ser el embarazo una época en donde las personas hacen comentarios sobre su cuerpo. Así, la joven siente que no es deseable y que su imagen corporal está desvalorizada.

En la imagen que la adolescente tiene de sí misma, también está claro que cometió un error, por lo que el embarazo representa para sus padres: la joven no pudo ser lo que ellos querían y esperaban, defraudó las expectativas puestas en ella, así lo siente APV:

...pero o sea, a mí lo que más me dio tristeza fue mi mamá, contarle a mi mamá y saber que yo era la menor, entonces pues cuando yo le conté a mi mamá yo me sentí muy mal y yo lloré mucho y yo sentí mucha tristeza, pero no porque yo estaba en embarazo, sino porque no pude como ser la persona que mi mamá quería que yo fuera, más de lo que ella esperaba de mí, y entonces yo me sentí muy mal. [APV]

Defraudar las expectativas, es una percepción de los padres que se inserta en el autoconcepto de la joven, afectando su identidad social. Al defraudar, la joven siente que se ha convertido socialmente en alguien en quien no se puede confiar. Carecer del "calor de una visión amable de sí mismo" (Giddens, 1994, 73), hace que el individuo se

sienta moralmente vacío y fracase en el intento por mantener la confianza en su propia integridad. La confianza es un apoyo emocional que le permite a las personas salir adelante en la vida cotidiana.

El sufrimiento se define como un estatus profundamente moral porque confiere o suprime el valor humano relativo. Existe por tanto una jerarquía implícita en dicho estatus moral: si se cuenta con un estatus moral alto, las demandas que hace la persona que sufre son válidas; si el estatus moral es sostenido, las demandas son aceptadas; pero, si el estatus moral es disminuido, las demandas morales son cuestionables y llevan a la desvalorización (Charmaz, 1999). Teniendo en cuenta el contexto social del embarazo en la adolescencia, es decir, al considerarse como una conducta desviada (Kano, 1998), el estatus moral de la joven disminuye, por tanto sus demandas morales se cuestionan y su sufrimiento no es legítimo, en otras palabras, no se reconoce lo que ocurre en su mundo interior:

... yo me sentía horrible que llegara y saludara a todo el mundo (el papá) y que a mí no me saludara... y él le dijo a mi mamá que él no más tenía, yo tengo otros dos hermanitos, y dijo que no, que no más tenía dos hijos... sí, que yo no existía para él, que yo lo defraudé a él... yo me sentía horrible porque me demostró como si para él no existiera... si, él pasaba por encima de mí y no me saludaba, como transparente... [YOR]

Como lo comenta la joven, no ser tenida en cuenta y que no le presten atención, es como si no existiera. Siente que su mundo interior es invisible para sus otros significativos, y por eso se siente "transparente", es decir, existe su cuerpo físico, pero pareciera que para los otros está vacío, se pudiera ver a través de él.

Goffman (1993,30) argumenta que: "es posible que al individuo estigmatizado se le trate como a una no-persona es decir, que no existiera como individuo digno de atención". La adolescente por tanto, al sentirse estigmatizada, hace demandas de reconocimiento, no sólo a su sufrimiento, sino también a su integridad, a su valor como persona.

Vivir en silencio

Esta es una experiencia que la joven vive de forma física y afectiva. Corporalmente, la joven se siente ahogada y ubica esta experiencia en su garganta. Tiene una sensación física de "nudo" o de un "taco" que le aprieta y que se forma al no expresar lo que sucede en su mundo interior. El nudo dificulta a su vez la expresión de la experiencia vivida de la joven, impide su comunicación con el mundo exterior, y por lo tanto, la joven se siente a punto de estallar o de "reventarse" como lo expresó una de ellas en la entrevista:

...un taco ya pa llorar, como pa, ya reventarse uno (;y cómo es eso?) pues no, es como queriendo gritar, como con ese... arrancarse el pelo, de uno, de lo sólo, de lo triste que uno se siente y no, y ese taco aquí (muestra la garganta)... ya con ganas de ponerse uno a gritar ahí. [SMM]

Afectivamente, la joven en embarazo vive en silencio al restringir ella misma la expresión de lo que sucede en su mundo interior. Esta experiencia la vivencia de

diversas maneras: ocultando su embarazo, ocultando su sufrimiento y ocultándose ella misma.

Al comienzo del embarazo la joven, por el contexto social de desaprobación, puede ocultar su embarazo, silenciando su nueva condición. También lo que puede ocultar es su sufrimiento. Diversos autores (Flaming 1995 y Jones 1999) han notado que en la experiencia del sufrimiento existe mucho silencio, es decir, las personas que sufren tienen dificultad para encontrar una voz que les permita expresar su experiencia, debido a la indecible naturaleza del sufrimiento, al miedo a no ser escuchados o al temor de causar sufrimiento a otros (Jones, 1999).

Ocultar el sufrimiento puede convertirlo en un "sufrimiento mudo" (Jones, 1999), es decir, la persona puede hablar de muchas cosas, llorar e incluso reír, pero el sufrimiento se conserva en silencio. La adolescente en embarazo puede no solo ocultar su sufrimiento sino incluso ocultarse ella misma y aislarse del contacto con las personas que hacían parte de su vida cotidiana. En términos del contexto social en el que se desarrolla el embarazo, la joven actúa como una persona estigmatizada (Goffman, 1993) al aislarse y perder la retroalimentación que le proporciona el intercambio social con los demás. La joven siente, que su vida sin el intercambio social de antes se ha convertido en una vida, además de silenciosa, vacía, rutinaria y sin sentido. Es una vida que pierde complejidad y movilidad. Una vida que se vive en silencio y que abruma a la joven en embarazo.

2. Vivir en descontrol

Cuando una persona sufre atribuye un significado intensamente negativo a la situación que vive y esto supone un sentido de pérdida de control (Rodgers and Cowles, 1997). Las adolescentes participantes en el estudio viven su embarazo en descontrol, como si fuera un terremoto, es decir, un suceso de conmoción y desequilibrio, en donde ocurren múltiples pérdidas. Durante su embarazo, la joven pierde el control de sí misma y no puede ser la misma de antes. Perder el control de sí misma significa perder la certeza sobre sus emociones y la autonomía sobre sus decisiones. No poder ser la misma, implica una discontinuidad en su vida por los cambios que supone el embarazo. Estas experiencias vividas alteran la construcción de su identidad personal durante su embarazo.

Perder el control de sí misma

Lo que le permite a la adolescente percibir el descontrol durante su embarazo, es el desarrollo de su sensibilidad emocional. Puede entonces, registrar como un sismógrafo todos los cambios que le suceden. Es una sensibilidad que la hace más receptiva a lo que ocurre en su mundo interior y en su mundo exterior.

Desarrollar la capacidad de experimentar intensamente sensaciones físicas, emociones y la facilidad para conmoverse e identificar cualquier impresión, hace que la joven esté alerta, como una antena dirigida hacia sí misma: está en contacto íntimo con su yo interno, está más cerca de sí misma y de su descontrol.

Durante el embarazo la joven pierde el control sobre sus emociones, que se desordenan y la confunden. Siente como si todas ellas se juntaran al mismo tiempo, lo que le hace difícil identificar qué es lo que siente. Además de ésta confusión, la adolescente vive una movilidad emocional, puede incluso percibir que sus emociones son contradictorias:

P/ ¿Qué has sentido durante el embarazo?

R/ ¡ay de todo! Eso es un descontrol como de, usted no ve, o sea yo en un momento puedo estar feliz y me puede entrar una nostalgia y después ponerme a llorar y luego sí, o sea son como, como contradicciones siempre, o sea uno está muy contento y de repente alguien dice algo que no me gusta y con eso tuve. [AMG]

Como lo relata la joven, los cambios emocionales son repentinos y autónomos lo que impide que ella pueda controlar su estado emocional en términos de una cierta continuidad o estabilidad de las emociones, es decir, pierde su esquema habitual que le permitía interpretar sus emociones cotidianas. No poder saber cómo va a ser su estado emocional es vivir en incertidumbre, como lo comenta una de ellas en su entrevista: "cuando de pronto sientes que todo el mundo se desarmó" [AG]. El control sobre la reacción emocional a los eventos de la vida cotidiana se pierde. La joven reacciona con llanto sin motivo, frecuente e intenso.

Estar en embarazo también le implica a la adolescente, perder el control sobre sus decisiones, es decir, no puede actuar dirigida por sí misma únicamente, sino también dirigida por su familia, siente que ha perdido la capacidad de valerse por sí misma. En algunas investigaciones, la pérdida de control sobre sí mismo se ha asociado con vulnerabilidad (Rogers, 1997). Mientras menos control se tenga, más vulnerable se siente la persona. Por tanto, el sujeto es vulnerable durante transiciones o cambios de vida importantes, donde está en riesgo el control, como en la adolescencia y el embarazo (Rose and Killen 1983).

No poder ser la misma. El embarazo o los cambios que conlleva se convierte en sucesos inesperados en la vida de la adolescente. Esto implica una discontinuidad en el tiempo y en el espacio, es decir, la adolescente no puede seguir siendo la misma, lo cual la descontrola. Así lo percibe AMG:

... uno se siente como todos los días distinto... a toda hora muy distinto, uno se siente distinto en todas partes, porque ya no es lo mismo, ya no puede hacer lo mismo...[AMG]

El embarazo convierte entonces en un punto crítico en la biografía de la adolescencia. Según Giddens (1994), los puntos críticos transforman la conciencia del yo, es decir, lo que la adolescente percibe que era antes, lo que percibe que es ahora y lo que será después. Esta transformación en la conciencia del yo, su discontinuidad, altera la construcción de la identidad. La adolescente percibe que el embarazo trae consigo cambios que la obligan a no poder ser la misma. Los cambios se producen en su mundo interior y en la manera como se relaciona con el mundo exterior.

En su mundo interior, su vida cotidiana cambia, cambian sus hábitos y diversiones. Se siente en un cuerpo que les ajeno y que cambia de manera autónoma. La adolescente

también percibe cambios en su forma de ser, en su forma de pensar, en la manera como se relaciona con el mundo exterior, especialmente en la cotidianidad de las relaciones con sus amigos de antes.

No poder ser la misma de antes representa pérdidas para la joven en embarazo. Teóricamente, el concepto de sufrimiento ha sido usado en situaciones donde existe un sentido o un riesgo de pérdida o un riesgo, especialmente donde la pérdida o el riesgo se relacionan con el sí mismo o con la identidad personal (Rodgers and Cowles, 1997).

La joven percibe que los cambios, hacen de su vida algo que no le gusta, que nunca será como antes del embarazo, añora la vida de antes:

...todo va cambiando, entonces de, de esa libertad y de esa independencia y de esa forma de vivir tan bueno, no me queda sino los recuerdos... él no sabe (el esposo) que cuando yo me acuesto por las noches yo me pongo a llorar, porque sí, porque me da mucha, mucha tristeza y siempre, siempre, me acuerdo de hace un año, mi vida era totalmente distinta, y yo quisiera aunque sea tener un pedacito de esa vida. [AMG]

Como puede verse, no poder ser la misma de antes por los cambios en su mundo interior y exterior, es una experiencia que la joven vive con sufrimiento, un sufrimiento íntimamente ligado a las pérdidas y a la discontinuidad en la construcción de su identidad.

3. Desilusionarse del amor

La experiencia vivida por la joven en embarazo, en la que se desilusiona del amor, es una cualidad esencial en la manera como sufre. El amor no solamente produce felicidad, esta es una ilusión que culturalmente se ha creado para sobrevivir al sufrimiento (Carotenuto, 1996). Es precisamente esta la ilusión que se desdibuja para la joven durante su embarazo: se desilusionan del amor. Así lo siente una de las participantes en el estudio:

"para mí antes el amor era algo lindo, si como un siempre sueña, todo color de rosa... ahora más bien esto se ha mezclado con mucho sufrimiento" [ZQR].

La adolescente como novia amaba antes de su embarazo, de forma romántica y apasionada. Se establece una relación intensa, íntima y clandestina, en donde la joven se comporta como novia, siguiendo las reglas de identidad de género (de la Cuesta, 1999). Durante el embarazo, el mundo romántico, aventurero y clandestino se acaba. Su amor se transforma ya sea que se termine el idilio amoroso o que viva un abandono definitivo.

Se esfuma el idilio amoroso. La joven percibe que en su relación amorosa ha habido cambios, aunque conserve su relación el sentido de esta relación variará. Una joven entrevistada siente que uno de los cambios en su relación es que se ha perdido el interés que despertaba en su novio:

...cómo cambia la relación de pareja, el idilio y el noviazgo... es una cosa tan bonita y tan chevere hasta ese momento... no es igual porque los intereses se pierden, ya no soy la mujer que le resulte interesante, atractiva, no, las cosas cambian... [CJS]

Con la extinción del interés, el amante demuestra no percibir el cuerpo del otro (Carotenuto, 1996). Por esto la adolescente siente que ya no es "atractiva", que el idilio ha desaparecido. Descubre que en algún sentido ha dejado de ser amada, por lo menos ha dejado de ser deseada, y esto era algo que pertenecía a su idea de amor. Se ha señalado, que cuando se extingue el deseo es como si la persona se hubiera tornado invisible y esto es una especie de muerte (Carotenuto, 1996).

Así como su pareja ha dejado de interesarse en ella de la misma manera que lo hacía antes de su embarazo, la adolescente pierde credulidad en el amor, incluso duda de la continuidad de la relación. Esto es doloroso y refleja también cierto temor a perder su amor. Un temor que le crea desconfianza y sufrimiento. Las adolescentes entrevistadas sienten que su relación de pareja continúa porque hay un hijo que está por nacer, se sienten desplazadas del amor que antes era lo que unía su relación.

El abandono es doloroso. Amar involucra profundamente a toda la persona. Así lo siente una adolescente que en una carta escrita para la investigación, lo expresa de la siguiente manera:

Mi nombre es ZQR, tengo 17 años. Como es normal a mi edad tengo sueños e ilusiones. Mi vida, no ha sido fácil, desde muy pequeña, tube [sic] que aprender a soportar con valentía los golpes de la vida. Vivir separada de mi papá y siempre discutiendo con mi madre. A los 15 años conocí a un joven increíble y me enamoré de él, su ternura, cariño y comprensión lo eran todo en mi vida. Era mi motivo de vivir, el motor principal de mí existir. Así pasaron varios años, todo para mí no era más que él, todo problema, angustia o tristeza que tenía se desbanecía [sic], con solo estar a su lado. Creí tener el mundo en mis manos, hasta que en el mes de junio del 98 comprobé que estaba embarazada. [ZQR]

Debido al profundo significado que puede tener el amante en la vida de alguien, se es vulnerable a cualquier ausencia del amado. El abandono, para las adolescentes, puede sentirse como una pérdida de una parte vital de su ser. Según Carotenuto (1996), el término de una relación significa el "colapso de un orden psicológico". El amar a otra persona, modifica el sí mismo por la necesidad de unión y conservación de la pareja, es decir, el individuo hace transformaciones en su estructura psíquica con tal de conservar la relación amorosa. Con la ruptura y el abandono se vuelca esta nueva estructura que se ha creado, se cuestionan aspectos fundamentales de la existencia y se sufre.

Al ser abandonada, la adolescente tiene una sensación de fracaso, supone que no ha dado lo suficiente ni ha sido todo lo que debería para el otro. Con el abandono (Carotenuto, 1996), el significado y valor de ser, han sido frustrados. Ninguna otra pérdida puede afectar a una persona como la ruptura de una relación amorosa, es muy difícil soportar la idea de que la propia insuficiencia posiblemente hubiese causado la separación y la ruptura.

La joven al romperse su relación amorosa siente un profundo vacío que le duele, un vacío porque perdió a alguien que era significativo para ella. El amor alimenta la ilusión de llenar el vacío existencial, la carencia que es condición inherente al ser humano y que impulsa a buscar el complemento (Fromm,1985). El abandono hace evidente el vacío y su profundidad. Esto es lo que siente la adolescente: experimenta un duelo por la pérdida del amor. La adolescente vive una revelación en el vacío: el sufrimiento que le ha causado la pérdida del amor jamás terminará, así como ella creía que su amor era eterno:

...este dolor que yo tengo fue de haber perdido una persona que creí que iba a estar conmigo toda la vida... para mí eso nunca iba a terminar... entonces eso es un dolor que queda muy adentro, una cicatriz que nunca cierra. [ZQR]

Si ha existido "una cicatriz que nunca cierra" como lo dijo la informante, es porque ha existido una herida abierta por el abandono. La herida es en la identidad de novia de la joven, que ha perdido por el abandono que ha sufrido.

4. Soportar el sufrimiento

La joven durante su embarazo encuentra dos maneras de soportar su sufrimiento: con el fortalecimiento de su identidad como hija y con la construcción de su identidad como madre. Sentirse apoyada. Kano (1998) muestra en su estudio sobre el proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia, que la adolescente debe realizar un proceso de ajuste de identidad durante su embarazo con el fin de ganar aceptación social y confianza familiar. A medida que el embarazo avanza, la adolescente realiza cambios en sí misma y su comportamiento se ajusta progresivamente a las expectativas familiares. De esta manera, las condiciones de contexto varían y se consolida el apoyo familiar.

Para la adolescente sentirse apoyada es una manera de soportar su sufrimiento porque le permite vivir su embarazo sin necesidad de ocultarlo:

V: ahora me decías que te sentías apoyada, ¿cómo es sentirse así?

E: es un alivio, porque o sea, yo he visto muchas amigas mías que han tenido que ocultar el embarazo, se han tenido que fajar... [MTV]

Al sentirse apoyada por los otros significativos, la joven tiene la posibilidad de hablar sobre su embarazo, se siente escuchada. Las adolescentes al poder hablar sobre su experiencia, logran, como afirma Jones (1999), un ordenamiento de la experiencia a través del lenguaje, lo que puede tener un gran significado de supervivencia y sentido de control. Saber que las personas importantes en su vida, se preocupan por ella, les da tranquilidad a las adolescentes entrevistadas, les da confianza:

"yo duermo muy tranquila porque yo sé que mi mamá está ahí y me está apoyando" [AMG].

La confianza que la adolescente experimenta es que su madre sirve de mediadora entre ella y su familia, le ayuda a ser parte de su familia nuevamente, lo que fortalece su identidad como hija. El apoyo materno es un voto de confianza para la adolescente, siente que los otros significativos reconocen esa identidad:

...hace exactamente por ahí dos meses que he estado muy bien, porque, porque mi papá ya me habla, porque nos cambiamos de casa, como que otro ambiente, que toda mi familia ya sabe, que mi mamá ya sabe, que la familia de él sabe, de que él me ha apoyado mucho, de que he estado bien con él.[YOR]

Sentirse apoyada es entonces, para la adolescente, una manera de soportar su sufrimiento al poder expresar su experiencia, sentir confianza y sentir que hace parte de su familia nuevamente.

Mi hijo es mío

Durante su embarazo las adolescentes participantes en el estudio establecen un vínculo emocional con su hijo, que les ayuda a construir su identidad de madres. Esta relación afectiva comienza en el momento en que la joven siente la presencia física de su hijo en su cuerpo y lo reconoce como un ser vivo que se desarrolla en su interior. El desarrollo del hijo es entonces, una experiencia de la que solamente es testigo la adolescente. Nadie puede experimentar de forma directa lo que ella siente. Es partícipe activa del proceso de desarrollo de su hijo que, aunque no lo dirige, le pertenece solo a ella.

La joven puede contar con su hijo que ha permanecido incólume en medio de su descontrol, de estar abrumada y desilusionada. Nadie puede tocarlo, nadie puede sentirlo, sólo ella. Su hijo es lo que le pertenece de forma verdadera y auténtica. Se ha señalado que para la mujer, su embarazo tiene una temporalidad de movimiento, crecimiento y cambio, es fuente y partícipe de un proceso creativo (Young 1984). Esta percepción sobre el embarazo es muy diferente a lo que la cultura dominante ha proyectado tradicionalmente del embarazo, como un tiempo de espera calmada. Se ha visto a la mujer como "expectante" de una nueva vida que fluye de otro planeta, o de una cigüeña: "sentada en su silla mecedora al lado de la ventana, ocasionalmente corriendo la cortina a un lado para ver si el barco llega" (Young 1984, 50). Desde el punto de vista de los otros el embarazo es un tiempo de espera, donde nada pasa.

Las adolescentes entrevistadas establecen una comunicación activa y auténtica con su bebé. Activa porque permanentemente expresan sus sentimientos y auténtica porque incluso hay lugar a expresión de sentimientos negativos hacia el bebé. La comunicación con su hijo es un espacio donde la joven puede expresar su sufrimiento, este poner en palabras la experiencia ayuda a soportar su sufrimiento. Se convierte en una vivencia compartida, como lo relata AMP en una carta que le escribe a su hijo:

Hola Oscar Andrés:

Hoy estoy cumpliendo 6 meses de tenerte en mi vientre [sic], y sabes? Me siento contenta al saber que tengo un lindo ser dentro de mí, lo cual es un gran regalo de Dios, pero también me siento triste porque sé que sufrimos mucho los dos, pero bueno sabremos salir adelante con la ayuda de nuestro señor Jesucristo. Baby en cuanto a tu abuela siento que te está aprendiendo a querer, debemos entender que es duro para ella darse la idea que va a ser abuela de un maravilloso bebé el cual la quiere tanto como la madre... [AMP]

Las participantes del estudio sienten que sus hijos las ayudarán "a salir adelante" lo que puede verse como una forma de soportar el sufrimiento. Para la joven este hijo le da fuerza, compañía, le hace olvidar su sufrimiento. Durante el embarazo la joven protege a su bebé, adquiere un comportamiento de madre. Proteger al hijo es intentar evitar que el sufrimiento le haga daño, es consolarlo y defenderlo ante los demás. La joven también se proyecta en su papel materno cuando su hijo nazca, en su relación materno-filial. Anticipa que su identidad como madre girará en torno al cuidado de su hijo, lo que va a implicar lucha y trabajo, y también preocupación y angustia porque siente que no está preparada.

Se ha indicado que el vínculo emocional con el hijo que establece la adolescente en embarazo, se caracteriza por "dar y recibir". Dar, se manifiesta en las renunciaciones y sacrificios que lleva a cabo la adolescente y recibir por las expectativas de la joven hacia su futuro (Kano, 1998). Lo que la joven espera recibir de su hijo en el futuro es la oportunidad para cambiar su vida, lo que se constituye en una esperanza para la adolescente. Es una esperanza que le va a servir de apoyo para su vida, este hijo se convertirá en una posesión de la adolescente, así lo siente MJC:

... yo a mi bebé lo quiero muchísimo, yo a mi bebé lo deseaba muchísimo, yo pienso en mi bebé como algo que va a estar conmigo siempre, alguien por quien voy a luchar..que va a ser algo mío...yo pienso en un niño para mí y aunque suene muy egoísta pero yo lo quiero para mí... [MJC]

Su hijo es suyo no solamente durante el embarazo, sino que también la adolescente espera que el hijo será solo suyo cuando nazca, en el futuro. De esta manera, el construir la identidad de madre, contribuye a que la joven soporte su sufrimiento.

Discusión

En esta sección se contrastan los hallazgos con la teoría general sobre: adolescencia, desarrollo afectivo del adolescente e identidad y con el cuerpo de literatura científica existente sobre sufrimiento como experiencia humana y su relación con el embarazo en la adolescencia.

Teoría general: adolescencia y desarrollo afectivo

Los hallazgos del presente estudio amplían la visión que desde el enfoque contextual se tiene acerca de la adolescencia. La primera característica de este enfoque, lo que suceda en la adolescencia está determinado por el contexto social y cultural (Sandoval y Luna, 1994), se puede observar en los hallazgos de la presente investigación. El contexto social específico en el que se desarrolla el embarazo en la adolescencia ha sido descrito por las otras

investigaciones de la línea "salud del adolescente" (Kano, 1998; de la Cuesta, 1999). En lo que contribuye el presente estudio es en la comprensión de la experiencia íntima en contexto, es decir, la joven siente que su mundo exterior ha cambiado, se siente desvalorizada por su contexto social y que su mundo interior también se transforma en relación con dicho contexto.

Aunque las jóvenes en embarazo viven en descontrol, como se mostró, dicho descontrol tiene un sentido para sus vidas. La experiencia de los adolescentes en general, tiene coherencia, movimiento y racionalidad. Los hallazgos del estudio en su conjunto pretenden mostrar este sentido de la vivencia afectiva de las jóvenes en embarazo.

Desde la perspectiva del desarrollo afectivo del adolescente, la presente investigación contribuye a profundizar específicamente en la comprensión de las características y dinámica del mundo afectivo de la adolescente embarazada.

Los amigos íntimos, según los datos del presente estudio, no juegan un papel protagónico en la experiencia afectiva de la joven, lo cual sorprende debido a la gran importancia que se le ha otorgado al grupo de pares en la literatura (García, 1996). Tampoco existen datos en la investigación, que aporten información sobre la sexualidad de las jóvenes, lo que teóricamente es fundamental en la experiencia afectiva de un joven (García, 1996). Es importante entonces profundizar en estos aspectos en futuras investigaciones.

A la luz de las teorías de la identidad, la presente investigación amplía la comprensión de la manera como una joven embarazada construye su identidad personal, social y de reconocimiento (Cortina, 1997). Podría pensarse que desde el punto de vista de la teoría planteada por Erikson, el embarazo agudiza la crisis de identidad propia de la adolescencia. Podría también afirmarse que la joven (como lo plantea Loevinger), o mejor el "yo" de la joven en embarazo busca permanentemente un significado coherente que le permita comprender lo que le sucede. Este yo se constituye en el marco de referencia desde donde la joven concibe y percibe lo que le sucede en su mundo exterior o interpersonal. Se puede decir que lo que el presente estudio describe son las características de ese "yo consciente" de la joven embarazada y a lo mejor es allí donde la fenomenología como método puede hacer grandes contribuciones.

Por último, el presente estudio halló que las múltiples pérdidas que vive la joven en embarazo alteran la construcción de su identidad personal. De acuerdo a la teoría de Kegan (Kroger, 1996), las pérdidas son fundamentales para la estructuración de significado puesto que la formación de identidad es el proceso de balanceo y rebalanceo en la relación sujeto - objeto. Sufrimiento y embarazo en la adolescencia

El término sufrimiento ha sido utilizado en la literatura del área de la salud más en el sentido de sufrir de una enfermedad, es decir ser diagnosticado de, que en el de una experiencia vivida. Este uso aleja la atención del sufrimiento como fenómeno y la lleva a la patología subyacente. La hegemonía epidemiológica ha dejado a un lado la perspectiva de los participantes (Rodgers, 1997). No existe por tanto un cuerpo de conocimiento científico suficientemente amplio en este tópico, menos aún en el del sufrimiento asociado con adolescentes embarazadas. Los hallazgos de la presente investigación en relación con el sufrimiento, contribuyen a abrir un campo inexplorado en la investigación tradicional, que hace posible investigar el sufrimiento desde la perspectiva de quienes lo viven.

Según Flaming (1995) existe una relación estrecha entre sufrimiento y pérdida de identidad, lo que es coherente con los hallazgos del estudio. El concepto de sufrimiento ha sido usado en situaciones donde existe un sentido de profunda pérdida especialmente donde se relaciona con la identidad personal, como en el caso de enfermos graves, crónicos, mentales o terminales (Flaming, 1995).

Aunque no se conocen investigaciones sobre sufrimiento durante el embarazo en la adolescencia, lo que se observó en la experiencia de las jóvenes es que el embarazo en la adolescencia, es una experiencia donde se presentan múltiples pérdidas, especialmente relacionadas con la identidad de la adolescente. Rogers (1997) encontró en su estudio sobre la vulnerabilidad que involucra sentimientos de indefensión, desesperanza y una pérdida de control sobre la vida. Para afrontar los efectos psicológicos, la persona puede internalizar los sentimientos negativos y deteriorar su autoconcepto. La persona que es vulnerable o marginalizada, frecuentemente tiene el sentimiento de no pertenencia, lo que lleva al aislamiento social y a la alienación. Los hallazgos del presente estudio son coherentes con lo planteado por el autor, al establecer la relación entre sufrimiento, vulnerabilidad, descontrol, desvalorización y aislamiento.

Según Charmaz (1999) las historias acerca del sufrimiento evocan reflexión, re-evaluación y redirección, ellas contienen sabiduría y proveen lecciones para la vida. Lindholm and Eriksson, (1998) en su estudio sobre la dialéctica de la salud y el sufrimiento con jóvenes entre 13 y 19 años, comparten la posición de Charmaz al considerar que el sufrimiento es parte de la vida humana y soportarlo da fuerza y permite desarrollar la habilidad para sentir compasión.

Los autores sostienen que el sufrimiento incrementa la conciencia de la persona joven. También el grado de libertad aumenta en proporción al incremento en la conciencia del sufrimiento humano y personal. El sufrimiento que ha sido soportado puede dar fortaleza, afianzar los valores y cambiar la concepción que uno tiene de lo que uno es. Algunas experiencias de las participantes se refieren a una transformación en el sentido de fortaleza, aprendizaje, mejor comprensión de sí misma o del mundo, pero tal vez será más tarde cuando la adolescente pueda comprender, como lo plantean Lindholm and Eriksson (1998), el sentido existencial y profundo del sufrimiento en sus vidas, los datos no indican que esté presente durante el embarazo.

* Artículo basado en el trabajo de investigación presentado para optar el título de Magister en salud pública con énfasis en salud mental, en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en Junio del 2000.

** Psicóloga Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental. Universidad de Antioquia. Profesora facultad de Psicología, Universidad de Manizales. Investigadora, Fundación FESCO.

MENOPAUSIA: REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS

Blanca Pelcastre-Villafuerte, Dra. en Psic. Soc.,⁽¹⁾ Francisco Garrido-Latorre, M.C., M. en C. ⁽¹⁾
Verónica de León-Reyes, M.S.P.⁽¹⁾

RESUMEN

Objetivo. Caracterizar los significados que se atribuyen al proceso de la menopausia como una primera aproximación al mundo representacional de este evento. **Material y métodos.** Estudio cualitativo, hecho entre septiembre y octubre de 1998 con 20 mujeres de entre 45 y 65 años de edad, residentes en los municipios de Cuernavaca y Emiliano Zapata del estado de Morelos, México. Se efectuaron sendas entrevistas a profundidad, utilizando una guía con los siguientes apartados: datos sociodemográficos, diagnóstico, sentimientos y sensaciones, cambios en el estilo de vida, cambios fisiológicos e información. **Resultados.** Se halla una representación que se construye alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento. Esta caracterización tiene que ver también con otras construcciones como la concepción de la mujer, del cuerpo y de la sexualidad. **Conclusiones.** En este artículo se retoman principalmente los resultados con relación a las prácticas de las mujeres como consecuencia de la vivencia que tienen de la menopausia, entre las que sobresale la visita al médico. Se discuten las implicaciones desde el marco de la construcción social de los significados.

Palabras clave: menopausia; representación social; significados; prácticas; México

ABSTRACT

Objective. To characterize the meanings attributed to menopause, as a first approximation to the representational world of this event. **Material and Methods.** A qualitative study was conducted between September and October 1998, in twenty women aged 45-65 years, residents of Cuernavaca and Emiliano Zapata, municipalities of Morelos state, Mexico. Twenty in-depth interviews were conducted using a guide, to collect data on sociodemographic variables, diagnosis, feelings and emotions, changes in life style, and physiological changes. **Results.** Findings show that menopause is represented as the end of fertility and the beginning of old age. Characterization of menopause is related to womanhood, body, and sexuality representations. **Conclusions.** This paper analyzes women's practices related to life experiences such as medical visits. Implications of these findings are discussed using the social construction of meanings framework.

Key words: menopause; social representations meanings; practices; Mexico

⁽¹⁾Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Fecha de recibido: 30 de agosto de 2000 • **Fecha de aprobado:** 28 de marzo de 2001

Solicitud de sobretiros: Dra. Blanca Pelcastre Villafuerte. Departamento de diseños y modelos alternativos de atención. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Dirección de Salud Comunitaria y Bienestar Social. Avenida Universidad N° 655, colonia santa María Ahuacatlán 62508, Cuernavaca Morelos, México.

Correo electrónico: bpelcast@insp3.insp.mx

En la compleja organización cultural de los grupos sociales, las formas concretas de la vida se componen de signos, símbolos y significados con orientaciones diversas; el mejor ejemplo de un sistema simbólico es sin duda el lenguaje, pues a través de él construimos colectivamente la realidad social en la que vivimos. El lenguaje ha sido distinguido como una característica intrínsecamente humana y esencialmente colectiva; diversos autores lo han edificado como primer y último elemento explicativo de todo lo social; algunos como Billig¹ uno de los principales representantes del llamado “giro retórico”, han puesto énfasis sobre el carácter dilemático del mismo, y otros como Edwards² y Fernández³ han trabajado más bien su dimensión metafórica y afectiva, respectivamente, pero sus diversas propuestas coinciden en el punto que el mismo Wittgenstein⁴ sugería desde años antes, la noción de que “...imaginar un lenguaje es imaginar una forma de vida...”, resaltando con ello su carácter fundamentalmente creativo. Estos autores, desde diferentes ámbitos y perspectivas, han fortalecido la propuesta de que el discurso es la base de la intersubjetividad y constructor de la realidad social; idea esta última a la cual nos adherimos en el marco explicativo de las representaciones sociales.

El entendimiento y la comunicación en un grupo social, son procesos generados por el carácter básicamente compartido del universo simbólico-imaginativo de sus miembros; en este sentido, el estudio de las representaciones sociales nos permite comprender mejor algunos de los mecanismos involucrados en el proceso de transmisión cultural de este universo.

Denise Jodelet⁵, una de las principales autoras que han desarrollado el concepto de representación social, se ha referido a este proceso como “una forma de pensamiento social”, compartido y de carácter práctico, que permite interpretar acontecimientos de la vida diaria, información y características del medio ambiente, tanto como a los otros actores sociales involucrados en esa elaboración⁵. Las representaciones sociales condensan historia, relaciones sociales, prácticas políticas y prejuicios^{6,7,8} en este sentido son cambiantes y dependientes del contexto de vida. Los factores que influyen en su conformación se relacionan con las diversas fuentes de información accesibles, y con los diferentes discursos o narrativas circulantes en la atmósfera social. No identificamos la representación social como un proceso de reconstrucción individual, pues consideramos las características propias que definen su carácter social. Para Ibáñez⁹, este carácter obedece fundamentalmente a su función: formación de comportamientos y orientación de las comunicaciones sociales. Las relaciones sociales dan sentido y significado a las representaciones y viceversa; en este proceso dinámico se construye e interpreta la realidad.

En términos teóricos el concepto de representación social tiene una gran potencialidad en tanto que permite analizar la intersección entre lo psicológico y lo social, es decir, aporta elementos para entender la difícil y a veces desentrañable relación existente entre el pensamiento y el comportamiento social⁵. Adentrarse en el estudio de las representaciones sociales implica trastocar diferentes ámbitos que funcionan de manera interdependiente: el lenguaje, el pensamiento y el comportamiento ya que, por ejemplo, el significado y las normas implícitas en las prácticas sociales no se encuentran en la mente de los actores, sino fuera de ella, en las prácticas mismas, prácticas que de acuerdo a Shotter¹⁰ no pueden ser concebidas

como un conjunto de acciones individuales, sino esencialmente como modos de relación social o de acción mutua. Nuestras formas de actuar, siguiendo a este autor, se articulan con las condiciones sociales, generadas al mismo tiempo por la interacción establecida a partir de estas formas; sin embargo, se encuentran también estrechamente vinculadas a nuestras visiones de mundo, y así nuestra forma de interpretar la realidad y nuestro contexto de vida, conducen conjuntamente nuestras acciones.

Entre los diversos enfoques sobre las representaciones sociales,* aquí se retoma aquel que considera la representación como una práctica discursiva. Gadamer reconoce que "...en la conversación nos trasladamos constantemente al mundo representativo del otro..."¹¹, por tanto el lenguaje interviene efectivamente como organizador de contenido y operador de sentido, por ello Jodelet⁵ remarca que las producciones discursivas de las personas se presentan como el único material mediante el cual se pueden conocer sus representaciones sociales.

El reconocimiento de las funciones del lenguaje y su importancia en la construcción de las realidades sociales, nos permite generar un marco de interpretación de los diferentes discursos de las mujeres en relación con la menopausia y las distintas prácticas derivadas de ellos.

En términos de la presente investigación, los discursos de las informantes se tomaron como punto de partida para reconstruir una primera aproximación a su representación social de la menopausia y establecer posibles nexos explicativos con sus prácticas o acciones.

El climaterio es, en sentido amplio, un evento biográfico cuya construcción se basa en las diversas opiniones, en las tradiciones populares, en el discurso del proceso desde las ciencias biológicas y desde las sociales. En este sentido debe ser abordado desde una perspectiva integradora, como lo señala Lolas¹². En México ha habido pocos intentos por analizar actitudes y prácticas de mujeres en esta etapa de la vida, en una perspectiva más general; en América Latina hay pocos investigadores estudiosos de la sexualidad y del envejecimiento en mujeres¹³.

De acuerdo con la literatura, podemos hablar de diversos puntos de vista en relación con la menopausia.

Algunos médicos tienden a verla como una "enfermedad deficitaria" o una patología biológica que requiere atención especializada. Entre ellos se encuentran los teóricos evolucionistas quienes comparten la noción de ser la menopausia un "apéndice" hormonal de la mujer^{14,15}. Otro punto de vista la considera un proceso natural asociado con la edad, y puede transcurrir sin mayores complicaciones. Es posible identificar un tercer tipo de representación perfilado hacia lo mágico-religioso, combinado con lo natural; en este caso es común el uso regional de términos específicos para referirse a ella, términos que reflejan la cosmovisión de la comunidad¹⁵.

La investigación de la dimensión social y psicológica de la salud deviene necesidad cuando se tratan de establecer las prioridades en este ámbito, pues una noción amplia de este concepto incluye todas aquellas representaciones que pueden repercutir sobre la percepción del propio cuerpo y el autocuidado. Como primera aproximación a este gran campo de lo simbólico, el presente estudio exploratorio pretendió caracterizar

los significados atribuidos al proceso de la menopausia en mujeres que viven en distintas zonas del estado de Morelos, describir sus prácticas y hablar de las acciones que llevan a cabo durante esta etapa de sus vidas.

El acercamiento a la dimensión social de este proceso, potencialmente permite aportar elementos que pueden ser útiles en la planeación de servicios y en cualquier propuesta de mejoramiento sustancial de la atención basada en las necesidades de las usuarias.

Material y métodos

Para esta exploración de la experiencia representacional de la menopausia, se propuso una aproximación cualitativa para conocer qué piensan algunas mujeres respecto a tal evento. Se consideró la entrevista individual como la técnica metodológica más adecuada para la obtención de esta información¹⁶, pues tradicionalmente la menopausia se considera un aspecto íntimo correspondiente a la vida privada de las mujeres, y en este sentido, no resulta fácil hablar de ello en grandes grupos. Se podría decir que la menopausia constituye, junto con las enfermedades psicósomáticas y la depresión, lo que Salamonovitz llamara “enfermedades del silencio”¹⁷.

La entrevista individual, en tanto que confidencial, permitió ahondar en temas específicos en relación con los objetivos del estudio.

Se eligieron los municipios de Cuernavaca y Emiliano Zapata para llevar a cabo el estudio. En total se aplicaron 20 entrevistas a profundidad cuyo número final fue determinado bajo el criterio de saturación teórica¹⁸. Las colonias visitadas en cada municipio fueron elegidas al azar, y esto tuvo lugar durante los meses de septiembre y octubre de 1998. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, y estuvieron basadas en una guía con una sección de datos sociodemográficos como edad, último año de estudios, edad de la menarca, estado civil y número de hijos; además se incluyó el apartado “diagnóstico” cuyo fin fue explorar los procesos o síntomas reconocidos por las mujeres como propios de la menopausia. Para dar cuenta del aspecto afectivo de este proceso, se diseñó el apartado de “sentimientos y sensaciones”; el apartado “cambios en el estilo de vida” exploró todos aquellos aspectos de la vida personal, de pareja y/ o familiar relacionados con el proceso de la menopausia. Se incluyó una sección de “cambios fisiológicos”, para abordar los aspectos físicos relacionados con el evento, y una de “información” para saber cuánto y cuál tipo de conocimiento tenían al respecto.

El análisis de la información se hizo siguiendo los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), ampliamente probada en el análisis de información cualitativa¹⁹. El análisis general incluyó todas las categorías mencionadas, sin embargo, para efectos del presente artículo se retomó únicamente la categoría de “acciones”, vinculada a lo que las mujeres hacen para enfrentar la menopausia, por ello, los resultados y la discusión se ven limitados a este aspecto.

Resultados

Edad. Mediante el análisis de las entrevistas observamos en las mujeres de entre 40 y 50 años una preocupación y un alivio con relación a la menopausia; la primera está relacionada con síntomas como intensas hemorragias, bochornos y dolores de cabeza referidos por otras mujeres de mayor edad cuya experiencia no ha sido muy favorable. El alivio se presenta ante la desaparición del constante temor a quedar

embarazadas; aunada a ello aparece también una atribución de orientación negativa relacionada con el envejecimiento, cuya caracterización se basa en ideas como pérdida de energía, achaques e imposibilidad de cumplir con su papel social reproductivo. Aquí ocurre lo que expresara Simone de Beauvoir en su libro *Sobre la vejez*, “el envejecimiento se caracteriza como un proceso progresivo desfavorable de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez”²⁰.

En el grupo anterior predomina, por tanto, una ambivalencia definida en el siguiente grupo de edad de 50 a 60 años; en éste se concibe la menopausia como una desesperación, una enfermedad muy fea, un malestar de calorías, cuando das el viejazo, un proceso de pérdida de vida, pérdida de la razón, pérdida de fertilidad, que se vive con calores intensos que salen del cuerpo, según testimonio de las informantes.

Algunas mujeres expresaron también una suerte de liberación del fastidio que significa la menstruación, ello les daba a su vez mayor seguridad en sí mismas.

En cuanto a las relaciones de pareja, expresan que los hombres tienen a sus mujeres sólo para satisfacerles sexualmente, lo cual se convierte en una obligación asumida hacia el marido; en general no comparten la vivencia del proceso menopáusico con sus parejas y manifiestan cómo el deseo sexual desaparece en ellas, adjudicando este hecho a la edad; esto no sucede en los hombres, dicen las mujeres, pues su deseo permanece constante.

Este tipo de afirmaciones habla de una representación particular del ser mujer y la vivencia de la sexualidad en relación con ésta; ello nos sugiere una naturalización de la diada edad-líbido, en donde sexualidad y edad mantienen una relación inversamente proporcional una vez alcanzada la expresión máxima de aquélla.

En contraste con los dos grupos anteriores, en las mujeres de 60 años y más, los mitos y las creencias son ampliamente socorridos en este tema. Se identificaron mitos alusivos a dos aspectos de su persona, un primer aspecto relacionado con su sistema reproductivo, y un segundo concerniente al rol social de las mujeres. En relación con el primer aspecto una mujer expresó:

“... yo soy una persona (...) que yo nunca le pregunté a mi mamá, ¿mamá, por qué esto?, ¿mamá, por qué lo otro?, nunca le pregunté a mi madre. Solamente pues, las amigas que me llegaban a decir algo, ya estaba yo una muchacha como de unos 14 años y todavía no sabía yo qué tenía que hacer la mujer para sus hijos, sí, porque (...) mi mamá cuando tuvo a su tercer hijo, me mandó a un mandado y ya llegué yo, y cuando entré, escuché yo que lloraba mi hermano (...) y yo le pregunté, ¿cómo?, ¿cómo éste resultó ahí?, dice: por la boca”.

Otras mujeres mencionaron algunas recomendaciones como no comer limón o bañarse con agua fría para que no se corte la regla, así como la creencia de que la mente lo controla todo y “...usted podría hasta hacer que a usted le bajara su regla si usted lo piensa así...”.

Respecto al rol social de las mujeres, una de ellas expresó, refiriéndose a lo que sintió cuando dejó de bajarle la regla:

“...lo asocias también con tu incapacidad de ser mujer, lo cual es otro de los problemas que modifican tu conducta...”. Probablemente esta incapacidad esté identificada con la función social reproductiva. Otra mujer manifestó, aludiendo al rol que como madres deben desempeñar: “...siempre hemos vivido así, es como una gallina que está uno cubriendo a sus hijos (...), porque si uno como madre no hace eso por sus hijos, pues no, pienso yo que no es madre...”.

No tocarse el cuerpo, ni sentarse con las piernas abiertas, para evitar que ...entre un animal y que dejáramos de ser señoritas..., fue otra idea manifestada por estas mujeres.

La presencia de este tipo de ideas, aunque no muy frecuente en este grupo de mujeres, nos da cuenta de las creencias que se mantienen y que mediante la crianza y la educación transmiten a sus descendientes. Estas mujeres aluden a una sensación de mutilación cuando se presenta su menopausia, la cual podría evitarse con un buen trato hacia ellas por parte de toda la gente. Esta alusión nos sugiere que la menstruación es un elemento decisivo del significado de ser mujer. Cuando desaparece las mujeres sienten haber perdido una parte de sí mismas, de lo que las define e identifica.

Acciones

Quienes no refirieron ninguna acción concreta en relación con la menopausia, aluden a este proceso en términos de un deterioro natural del organismo. Se reportan síntomas de cansancio y dolores, pero éstos no constituyen motivo de consulta pues no se concibe como una enfermedad que requiera atención especializada. El uso de remedios caseros no es una opción a la que recurran con frecuencia estas mujeres, sin embargo una de ellas habla del uso de algún tipo de remedio sin especificación del mismo. Sólo refiere que se trata de unas hierbitas tomadas para contrarrestar una posible infección, manifestada con una intensa punzada y con la presencia de flujo continuo. La toma de este remedio lo relaciona directamente con la disminución de su molestia.

La misma mujer reconoce la aplicación de inyecciones sin prescripción médica ante la irregularidad de la regla, y establece una relación directa entre aquéllas y la suspensión definitiva de la menstruación. La mayoría de las mujeres dijeron consultar habitualmente al médico. Algunas lo hicieron en relación directa con la menopausia y síntomas específicos, mientras otras acudieron por razones diferentes como intervenciones quirúrgicas, dietas, diabetes y consultas ginecológicas por otro motivo. A las que visitan al médico se les recetan pastillas cuya composición desconocen y no se preocupan por investigarlo. Sólo algunas saben que se trata de hormonas y las toman sin cuestionamiento alguno, a pesar de las molestias derivadas de su consumo, como dolor de cerebro, en el que coinciden muchas de ellas.

Aun cuando no lo hagan, mencionan al médico como la persona que visitarían en caso de contar con medios económicos.

Para estas mujeres la mente puede ejercer un control sobre la menopausia y la menstruación, de modo que sólo pensándolo se puede reglar o dejar de hacerlo; de esta manera se llega a identificar una relación causal estableciéndose una vinculación con el remedio pertinente.

De las mujeres que consultaron al médico, tres mencionaron que les recetó hormonas, dos vitaminas y dos más se refirieron a inyecciones recomendadas para: “...no quedarse embarazada y para ir secando su matriz, para que usted no tenga trastornos...”.

En los relatos se identifica una presencia importante del discurso médico, ya que incluyen con frecuencia palabras como “hormonas” o “pastillas” y construyen una explicación de carácter organicista, identificando en el cuerpo las causas de los malestares asociados con la menopausia. (Algunas la atribuyen a la alimentación, consumo de tabaco, café o alcohol, así como a la presencia de otras enfermedades como la diabetes).

Cabe resaltar que una mujer se refirió a los malos servicios del centro de salud en los siguientes términos: “...pues muchas veces no hay (médicos), (ellos) no tienen la misma curiosidad de decirte la verdad, lo que hay...”.

Discusión

En términos generales, se encontró una concepción diferencial alrededor de la menopausia entre las mujeres entrevistadas; no todas ellas la cursan con una sintomatología particular; en la frecuencia y gravedad de este cuadro influye de manera importante el significado relacionado con la menstruación, el significado del rol social de la mujer, la forma en que se concibe el envejecimiento, la fuente de información, la actitud, la comunicación y el concepto de la pareja. La identidad femenina, al igual que la masculina, se construye socialmente y en este proceso se define también la relación entre hombres y mujeres, fundada básicamente en el ejercicio del poder de aquéllos sobre éstas. Esta dinámica de poder se puede reproducir también en el contexto de los servicios de salud. Las explicaciones que las mujeres nos ofrecieron en relación con la menopausia reflejaban en parte el punto de vista de sus médicos, y quiere decir que la información proporcionada por estos profesionales se asume como única y verdadera, pues esta figura tiene un poder legitimado socialmente; en los discursos se encuentra además una descripción de la persona vista como una víctima (es algo que como mujeres nos toca vivir), ignorante de las causas, en algunos casos dependiente de la medicina tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, reflejo de algunas de las características sociales de la identidad femenina: el sufrimiento y la dependencia, señaladas por autoras como Szasz²¹.

Tres son las acciones claramente identificadas de estas mujeres: ausencia de una práctica concreta, toma de remedios caseros y visitas al médico, si bien es cierto que ninguna de ellas es excluyente, los discursos expresados y la frecuencia de las mismas (la toma de remedios casi está ausente), sugieren una concepción más común de la menopausia como una enfermedad de competencia única de la medicina, y en este sentido resulta inapropiado cualquier esfuerzo, teórico o práctico, para enfrentarlo²².

La consulta médica, cuya función en este caso se encamina a la legitimación de la menopausia concebida como una enfermedad, hace posible su medicalización. Este reconocimiento legitima los síntomas de las mujeres (molestias y comportamientos) ante ellas mismas y ante la sociedad, idea expresada en otros estudios²².

Algunas de quienes acudieron al médico dijeron desconocer el tipo de pastillas recomendadas; esto no sólo da cuenta de una actitud pasiva hacia el evento, sino que

es una manera de sumisión ante una autoridad reconocida, en este caso representada por la medicina.

Las políticas públicas, en relación con la mujer y los servicios de salud, han estado orientados de forma preferente al control de la natalidad²³ sobre otros aspectos de la vida de las mujeres, como la menopausia. La vivencia de la menopausia no depende únicamente de las características del propio evento, si no que se ve alimentada por otras representaciones como la experiencia más amplia del ser mujer, en donde el ejercicio de la capacidad reproductiva adquiere un peso importante; la concepción del cuerpo, manifestada mediante mitos; lo que significan la sexualidad, la menstruación, la fertilidad, la vejez; construcciones todas ellas formadas socialmente y en tanto que éste es su carácter, han permeado la identidad de las mujeres.

En este sentido se observa que la sintomatología mencionada, y sobre todo la experiencia de significados asociada al proceso de la menopausia, revela el papel jugado por la noción del ser mujer, que en nuestra sociedad destaca características muchas veces representativas de una desventaja de las mujeres frente a los hombres²¹; entre ellas lo que se valora, reconoce y muchas veces se impone a la mujer es el ejercicio de su capacidad reproductiva. Se puede decir que de esto se desprende una vivencia casi trágica de la menopausia, pues está directamente relacionada con el cese de la fertilidad, resquebrajando la identidad femenina, construida sobre estas ideas.

En este estudio no se identificaron representaciones “puras”, quizá porque su propio carácter las mezcla constantemente; sin embargo se pueden señalar algunos atributos que por la frecuencia de referencia pudieran definirla. Concebida como proceso natural o no, la menopausia representa el término de la vida fértil de las mujeres, el paso hacia el envejecimiento, la liberación de temores y molestias, entendiendo por ello embarazo y menstruación, respectivamente.

Uno de los elementos constitutivos de las representaciones sociales son los conocimientos que las personas tienen sobre el objeto de la representación. En el caso de nuestras entrevistadas la vía oral resultó ser la fuente principal de transmisión de conocimientos. Se habla aquí de un conocimiento empírico, reforzado por la propia experiencia de las mujeres. Si bien es cierto que las representaciones sociales se alimentan y van cambiando a partir del contacto con nuevos ámbitos de experiencia y conocimiento, los ritmos de transformación no siempre se corresponden. En nuestra cultura prevalece una idea sobre el significado de ser mujer, que ejerce una influencia importante sobre la satisfacción y realización que ellas expresan sobre su vida.

Por otro lado, cuanto la información nos deja ver es que la incorporación de las mujeres al proceso productivo no ha implicado necesariamente un cambio en la representación social que de ella se tiene: habría que explorar el efecto tenido por esta incorporación en distintos sectores laborales. Sin embargo, algunas de nuestras informantes se dedicaban al comercio, pero la condición de trabajar fuera de casa no evidenció concepciones diferentes.

El uso de servicios de salud no es independiente de los significados que las personas construyen; todo lo contrario, en tanto que práctica social es dependiente de ellos; por esta razón se resalta aquí la importancia de explorar ese campo simbólico-representacional como una aproximación al entendimiento del comportamiento social. Las mujeres de este estudio han integrado el discurso médico en su representación de

la menopausia; esto actúa en dos sentidos: hace que las mujeres usen los servicios de salud por este motivo y, a su vez, su uso refuerza la representación que se tiene de ellas.

Que las mujeres acudan a consulta puede interpretarse como un logro desde el punto de vista institucional, no obstante, una vez que las mujeres van ¿qué información se les proporciona?, ¿qué ideas acerca de la menopausia se les transmite?, ¿qué papel juega el personal médico en la solución de sus demandas y necesidades?, ¿qué opciones de tratamiento se les ofrece?, ¿de qué manera puede mejorarse este servicio? Son interrogantes abiertos para la reflexión, en la cual valdría la pena contemplar aquellas aproximaciones que nos acerquen cada vez más a los significados que construyen los actores sociales.

Lo anterior debe llamar la atención sobre las ventajas derivadas de la exploración de la vivencia que las mujeres, y cualquier otro sector de la población, tienen con relación a eventos que han preocupado a la medicina y a los servicios de salud. De esta manera, al incorporar este conocimiento al ejercicio médico profesional, los signos y síntomas se interpretarán contextualmente y no sólo como algo orgánico, esto puede mejorar sin duda la atención y ampliar las posibilidades prescriptivas más allá de la mera medicalización. Las transformaciones de las representaciones sociales no son responsabilidad única del sector salud, pero como autoridad legitimada su acción puede jugar un papel muy importante en la desmitificación de ideas y en la conformación de otras que no subordinen la identidad femenina.

Referencias

1. Billig, M, Condor S, Edwards D, Gane M, Middleton D, Radley A. Ideological dilemmas: A social psychology of everyday thinking. Londres: Sage, 1988.
2. Edwards D. Discourse and Cognition. Londres: Sage, 1996.
3. Fernández P. Teorías de las emociones y teoría de la afectividad colectiva. *Iztapalapa* 1994;14:89-112.
4. Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. Barcelona: Crítica, 1953.
5. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S, ed. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós, 1984:469-494.
6. Ibáñez T, ed. Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai, 1988.
7. Jones J. Embodied meaning: Menopause and the change of life. *Soc Work Health Care* 1994;19:43-65.
8. MacPherson KI. Menopause as disease: The social construction of a metaphor. *ANS Adv Nurs Sci* 1981;3:95-113.
9. Ibáñez T. Representaciones sociales: Teoría y Método. En: *Psicología social construccionista*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 1994:153-216.
10. Shotter J. Action, joint action and intentionality. En: Brenner M, ed. *The structure of action*. Oxford: Blackwell, 1980:19-43.
11. Gadamer HG. Verdad y Método II. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1992:130.
12. Lolas SF. Las ciencias sociales como discurso de la salud reproductiva. El ejemplo del climaterio femenino. *Cad Saude Publica* 1998;14:131-134
13. Sennott-Miller L. La situación de salud y socioeconómica de las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud/Asociación Americana de personas jubiladas. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington, DC.: OPS/AARP, 1990
14. Rosenthal MB. Psychological aspects of menopause. *Prim Care* 1979;6:357-364.
15. Chirawatkul S, Manderson L. Perceptions of menopause in northeast Thailand : Contested meaning and practice. *Soc Sci Med* 1994;39: 1545-1554.
16. Scrimshaw S, Hurtado E. Rapid assessment procedures. Los Angeles: The Regents of the University of California/The United Nations University, 1988.
17. Salamonovitz A. Del silencio a la palabra. Reflexiones psicoanalíticas sobre la depresión. México, D.F.: Círculo Psicoanalítico Mexicano, 1999
18. Glasser BG, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine, 1967.
19. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Technics*. Newbury Park: Sage, 1990.
20. Beauvoir S. *La vejez*. México, D.F.: Hermes, 1980.
21. Szasz I. Género y Salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En: Bronfman, M y Castro, R coords. *Salud, Cambio social y Política. Perspectivas desde América Latina*. México, D.F.: EDAMEX, 1999:109-121
22. King ChR. Parallels between neurasthenia and premenstrual syndrome. *Women & Health* 1989;15:501-513
23. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. Serie de informes Técnicos 866. España: OMS, 1996.

LAS MUJERES Y EL MANEJO DE UN SÍNTOMA: DE LA VALORACIÓN A LA SELECCIÓN

Carmen de la Cuesta-Benjumea, R.N., M. Sc., Ph.D.⁽¹⁾

De la Cuesta-Benjumea C.
Las mujeres y el manejo de un síntoma:
de la valoración a la selección.
Salud Pública Mex 1999;41:124-129.

Resumen

Objetivo. Describir, desde el punto de vista de los pacientes, el proceso que siguen éstos para conseguir ayuda médica. **Material y métodos.** Los hallazgos aquí reportados forman parte de un estudio cualitativo sobre la salud de las mujeres realizado en Colombia. Los datos se recogieron por medio de entrevistas semiestructuradas: la teoría fundada guió sus análisis. **Resultados.** Ante un síntoma o signo, las mujeres primero lo valoran, luego miden sus propias capacidades y evalúan sus opciones y, por último, seleccionan a quien pueda ayudarlas. Estas tres etapas forman parte del proceso de enfrentar un síntoma o signo. **Conclusiones.** Los profesionales de la salud han de ser sensibles a la experiencia subjetiva de los pacientes y deben ser capaces de reconocer su papel en el diagnóstico y el cuidado de la salud de los mismos.

Palabras clave: salud de las mujeres; servicios de salud/utilización; Colombia

De la Cuesta-Benjumea C.
How women face a medical symptom:
from evaluation to health care selection.
Salud Publica Mex 1999;41:124-129.

Abstract

Objective. To describe, from the patients' point of view, the process they follow from the moment they face a symptom until they seek medical help. **Material and methods.** Findings reported here are parts of a qualitative study on the health of women from Colombia. Data were collected by semistructured interviews. The analysis was guided by grounded theory. **Results.** When facing a symptom, women first evaluate it, then weigh their own capacities and assess their options, and last, they chose who might help them. These three stages form part of the process followed to seek medical help. **Conclusions.** Health professionals should be sensitive to patients' subjective experience and acknowledge their role in the diagnostic process and in health care.

Key words: women's health; health services/utilization; Colombia

¹ Profesora Asociada, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Fecha de recibido: 22 de septiembre de 1998 • **Fecha de aprobado:** 23 de noviembre de 1998
Solicitud de sobretiros: Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea. A.A. 65660, Medellín, Colombia. Correo electrónico: ccuesta@quimboya.udea.edu.co

Diversos estudios muestran que no existe una relación directa entre sentirse enfermo e ir al médico, ya que este fenómeno está mediado por un proceso social en el que interviene la percepción individual y la forma en que el paciente interpreta los síntomas.¹ La antropología médica en particular, resalta el papel fundamental que las interpretaciones culturales representan en la experiencia y en la conducta ante la enfermedad. Así, en las décadas de los años setenta y ochenta se realizaron diversos estudios sobre los sistemas de creencias respecto a la salud y los significados que las personas atribuyen a los síntomas. Estos estudios indicaron que el significado está moldeado social y culturalmente, y que esto a su vez se constituye en una experiencia para el paciente. Se hizo evidente que las interpretaciones se guían por conceptos e ideas de considerable complejidad y variedad.² Para clarificar esto se han ofrecido diversos modelos, de los cuales se destaca el explicativo, de Kleinman, que permite examinar cómo las personas implicadas en el proceso clínico se organizan, e interpretan y tratan la enfermedad.³

Por otro lado, la sociología médica ha señalado que el proceso por el cual las personas buscan ayuda conlleva múltiples decisiones sobre el cuerpo y sus necesidades.

Se ha comprobado que el autocuidado es más común que el tratamiento brindado por los profesionales, y que hay un sistema de salud oculto que proporciona asesoría, cuidados y guía en la búsqueda de atención profesional.⁴ Así, la experiencia de la enfermedad incluye un proceso de toma de decisiones que comprende varias etapas, en las que el contacto con la asistencia profesional es sólo una de ellas.^{5,6}

No obstante, no se elige en el vacío, sino dentro del contexto social, económico e ideológico (o religioso) en el que se encuentran las personas.³

El propósito de este artículo es describir, desde el punto de vista de los pacientes, el trayecto que siguen éstos para solicitar la ayuda médica. Los hallazgos aquí notificados forman parte de un estudio cualitativo sobre la salud de las mujeres realizado en la región de Antioquia, Colombia, durante 1994.⁷

Los primeros estudios desarrollados en este campo fueron encuestas que mostraron el “fracaso” de los enfermos en obtener ayuda a tiempo. De hecho, desde los años cuarenta, muchos de estos acercamientos han mostrado que la mayoría de los síntomas de enfermedad se ignoran o no reciben atención médica, fenómeno que se ha denominado “iceberg de la enfermedad”^{8,9}

Desde los años sesenta ha tenido lugar una exploración sistemática de las variaciones en las formas en las que las personas perciben, evalúan y actúan en relación con su salud.

Se pueden distinguir dos enfoques en estas investigaciones: 1 uno de ellos, el estructuralista, explora el complejo conjunto de factores estructurales que influyen en la conducta de convertirse en enfermo. En esta tradición se resaltan los rasgos comunes de grupos con valores culturales y experiencias sociales compartidos; cabe destacar los estudios que relacionan la clase social, el género y la etnia con el comportamiento respecto a la salud.¹⁰ El otro enfoque, el interaccionista, enfatiza que las personas son participantes activos en todo el tiempo que dura su enfermedad. Obviamente, el enfoque estructuralista no ignora que las personas son actores, pero su interés principal se centra en los patrones sociales estables de la acción. En el interaccionismo se destaca que las personas toman decisiones de forma consciente,

que sus acciones tienen un propósito y que se encuentran inmersas en redes complejas de negociaciones. Este enfoque es el que se ha utilizado en el presente estudio.

Material y métodos

Esta investigación surge por la necesidad de incorporar el punto de vista de las mujeres en los diagnósticos de salud que realizan los profesionales. Uno de sus objetivos fue comprender cómo consideran las mujeres los servicios de salud. Se eligió el enfoque cualitativo, pues, aplicado a este campo, toma en cuenta los múltiples significados que los individuos adjudican a su cuidado, sus diversas conductas y sus prácticas en salud.¹¹

Veinticinco mujeres de la región de Antioquia participaron en el estudio. Lo hicieron de forma voluntaria e informada; se les garantizó el anonimato y el manejo confidencial de los datos. Debido a que los estudios cualitativos pretenden la identificación, la descripción y el análisis de fenómenos, el muestreo se realizó con base en los conceptos o categorías que aparecieron durante el análisis. A esto se le denomina muestreo teórico,¹² y busca la descripción más completa del fenómeno en términos de su variación y rango.¹³

Del muestreo resultó un grupo de mujeres variado y equilibrado. La mayoría tenía de 20 a 39 años de edad, y sólo cinco mujeres superaban los 40 años. Catorce de ellas tenían hijos; asimismo, 12 eran casadas; 11, solteras; una estaba separada, y otra era viuda. Respecto a la actividad que desempeñaban, ocho realizaban trabajo calificado; cinco, muy calificado; cuatro, sin calificar; otras cuatro eran amas de casa, y cinco, estudiantes. Respecto a su nivel de educación, siete tenían estudios superiores, y sólo dos no habían cursado la primaria ni tenían estudios.

Los datos se recogieron por medio de 25 entrevistas individuales y semiestructuradas,¹⁴ con una duración de 30 a 40 minutos cada una; se grabaron y transcribieron en su totalidad. Se realizaron en Medellín y en pueblos de la misma región. Los lugares se seleccionaron por la facilidad del acceso a las participantes, criterio legítimo en este tipo de estudios¹⁵. Para el análisis de los datos se recurrió a la teoría fundada,¹⁶ y esto imprimió el enfoque interaccionista al estudio.

Este artículo presenta la descripción de la categoría -hallada en el estudio- de hacer frente al síntoma o al signo*

Resultados

Uno de los primeros temas que surgieron durante el análisis fue el uso que las mujeres hacían de los servicios médicos. Aparecieron cuestiones aparentemente contradictorias en los datos: mientras unas mujeres afirmaban que iban al médico “cuando no podían más”, otras, por el contrario, acudían al “primer síntoma”, y otras más no consideraban siquiera ir al médico, pues no creían que ello pudiera ayudarlas.

Para comprender el fenómeno, los datos se interpretaron y organizaron alrededor de la categoría “Proceso de enfrentar el síntoma”; la teoría interaccionista¹⁷ y estudios previos guiaron este análisis. Se encontró que el proceso de enfrentar el síntoma comprende tres momentos: a) valoración del síntoma, b) medición de capacidades y evaluación de opciones, y c) selección de ayuda (figura 1).

* Por razones de exposición y para facilitar la lectura del texto, se utilizará el término síntoma -lo que una persona siente- con la suposición de que incluye también el signo -lo que se manifiesta de manera visible.

Valoración del síntoma: inicio del proceso

El proceso de enfrentar el síntoma se inicia con su valoración; aquí se interpreta el significado del síntoma, es decir, se le atribuye importancia y se le clasifica. Los datos de las entrevistas han mostrado que se valora el síntoma según los parámetros de gravedad y de intensidad; así, se hablaba de que es un dolor “horrible”, o, por el contrario, que no es “nada serio”. También se valora la persistencia del síntoma, su evolución y normalidad.

Las mujeres entrevistadas hacían referencia a padecimientos que “no se quitan”, que van “a peor” o que son algo “normal” y “se quitan”. Las mujeres utilizan la pérdida de funcionalidad¹⁸ como otro criterio para atribuir importancia a su síntoma. Por ejemplo, una mujer acudió al médico cuando ya “no podía hacer nada” con su mano derecha: había intentado todo tipo de autocuidados hasta que no pudo mover su mano, lo que le impedía trabajar. Por lo tanto, en el proceso de valoración del síntoma no se toma en cuenta sólo un parámetro, sino varios. Cuando iba al médico, una mujer comentó:

Algún dolor fuerte en un sitio de mi cuerpo, que no es común, digo: “¿Por qué me estará doliendo en esta área? ¿Qué será lo que tengo?, ya llevo tantos días y no se me ha quitado”. Entonces de una vez voy al médico (Claudia).*

El objetivo de la valoración es, por tanto, determinar la necesidad de buscar ayuda. No obstante, esta valoración es subjetiva y se hace comparando las variaciones del propio estado de salud en un tiempo determinado, o bien, en relación con el de otras personas, por lo que la importancia que se le atribuye al síntoma depende de la percepción y del contexto de cada quien.³ Así, se ha señalado que lo que una persona reconoce como síntoma es, en parte, una desviación del modelo de normalidad¹⁹ establecido por la experiencia cotidiana, que varía cultural e históricamente. El sistema de creencias respecto a la salud es aquí un recurso; según la cultura, hay enfermedades que no se comunican al médico no porque no se perciban como tales, sino porque hay criterios diferentes acerca de su gravedad⁴.

La cita anterior apunta hacia otra actividad que está muy unida a este proceso de valoración: la explicación del síntoma o, como Mechanic²⁰ identificó, “la atribución de causa”. Esto tiene mucha importancia, pues dirige los autocuidados o el tipo de ayuda que se busca; algunas mujeres comentaron que van directamente a un especialista o que saben lo que deben tomar para aliviar el malestar. La explicación del síntoma también determina si se busca ayuda. Efectivamente, los datos muestran que, cuando se tiene una explicación para el síntoma, no se piensa que es necesario acudir al médico. Así, Marta, quien no recuperaba peso, comentó durante la entrevista que no fue al médico porque sabía que la razón era una mala alimentación.

Otros estudios que han explorado las razones por las cuales los enfermos se retrasan en ir al médico han señalado también la importancia que tiene la etiología que percibe el enfermo.³

Medición de capacidad y evaluación de opciones: etapa intermedia

*Las cursivas son de la autora.

En el proceso de buscar ayuda hay una etapa intermedia entre la valoración del síntoma y la selección de ayuda, que es la medición de la capacidad y la evaluación de opciones. Los datos indican que las mujeres también valoran si tienen la capacidad para hacerse cargo de su dolencia y, además, anticipan el costo que esto puede significar. Aquí la capacidad se refiere tanto a cuestiones socioeconómicas (el nivel adquisitivo y el acceso a la ayuda) como a las fuerzas para autocuidarse. Al sopesar las opciones de autocuidarse o de buscar ayuda, las mujeres calculan el costo que esto puede significar para su salud: ARTÍCULO ORIGINAL

[...] me preocupa cuando estoy enferma, y si me toca ir donde el médico, pues voy. No puedo pasar eso como inadvertido, puede ser un costo para mi salud o una intervención, una operación [...] (Alejandra).*

Esta cita indica que se valoran las consecuencias de no buscar ayuda, ya que se prevé el costo que ello puede llegar a suponer en caso de que se complique o agrave la condición. En este cálculo interviene la experiencia que se ha tenido con una dolencia. Alejandra explicó que tuvo que ser operada y por eso nunca más en su vida se volvería a descuidar. La bibliografía señala que al sopesar los costos y beneficios de buscar o no ayuda médica se involucran factores sociales, temas prácticos y preocupaciones económicas.¹ Así, se puede decir que en esta etapa intermedia se contextualiza la posibilidad de buscar o no ayuda. El hecho de que el síntoma impida el desarrollo de las actividades, aunque importante -como se ha indicado-,²¹ no es el único criterio.

Selección del tipo de ayuda: etapa final

El proceso finaliza con la selección del tipo de ayuda. Aquí se decide entre la ayuda profesional, la legal o el autocuidado; se pasa de valorar la necesidad de buscar ayuda a valorar cuál es la más apropiada.

Cuando se decide buscar la ayuda de un profesional de la salud, implícitamente se valora su competencia y capacidad para resolver el problema. Una mujer comentó que “uno tiene que saber a quién se busca” (Cecilia). En la valoración de la competencia médica pueden intervenir diversos factores. Freidson,¹⁹ por ejemplo, identifica factores de clase social y encuentra que la clase media en Estados Unidos de América va más al médico. No obstante, los datos de este estudio indican la importancia que tiene la confianza en el profesional de la salud, las relaciones que se establezcan con él y la propia experiencia de la enfermedad. Esto explica por qué en los datos de este estudio hay mujeres de clase media que no acuden al médico, y otras de clase trabajadora que sí lo hacen. Claramente, una mujer durante la entrevista comentó que va poco “donde los médicos” porque no cree en ellos. Es importante resaltar que, aunque se haya decidido acudir al médico, las mujeres no siempre le comunican todos los síntomas o padecimientos. Se selecciona también el motivo de consulta:

Entonces yo fui donde el médico (a un chequeo) y le dije: “Doctor, yo no siento nada”, claro que la enfermedad del colon ni siquiera se la comenté porque yo siento que es eso, o porque siempre me han dicho que es eso. Yo la manejo [...] (Alba).

Esta cita muestra que el autocuidado está presente en todo el proceso de búsqueda de ayuda. Se ha señalado que los remedios caseros se usan al mismo tiempo que la terapéutica facultativa.²¹ Una razón puede ser, como se comenta en la cita, que se consulte sólo por aquellas dolencias que no se pueden manejar. Una vez que se acude a un profesional de la salud, se entra en un circuito que en la medicina facultativa puede significar consultas a otros especialistas o el ingreso a un hospital. A este proceso le acompaña un trabajo de salud, definido como el esfuerzo que las mujeres realizan para lograr, mantener o recuperar su bienestar. Cabe aclarar que se trata de un concepto más amplio que el de autocuidado terapéutico, pues se puede hablar de que hay un trabajo de salud cuando la persona toma adecuadamente lo que le ha sido medicado.²² Este circuito puede finalizar en el autocuidado, como es el caso de una enfermedad crónica.

Las mujeres también recurren a familiares y amigos para resolver sus problemas de salud. De esta manera, hacen uso de lo que se denomina en este estudio circuito lego, pues se hace un recorrido entre personas y tratamientos para resolver una dolencia o un síntoma. La confianza es también aquí un tema decisivo:

A veces me da más confianza el amigo que el profesional, pues es que el profesional a veces tiene una capa [...] (Lucero).

El circuito lego funciona de manera similar al profesional: se diagnostica, se trata y se deriva. Así, cuando el tratamiento o los remedios aconsejados no surten efecto, el sistema lego deriva al médico; se transita de los cuidados informales a los formales. Esto es consistente con lo descrito en la literatura como sistema lego de derivación, donde es la cultura lega, y no los valores profesionales, la que define el significado de la enfermedad¹⁹. Los datos de este estudio muestran además que la red social refuerza el seguimiento del tratamiento que prescribió el profesional. Así, se recuerda tomar el medicamento o se apoya el cumplimiento de una terapéutica difícil.

Por último, en este proceso de enfrentar el síntoma se puede optar por el autocuidado, ya sea por no tener confianza en los circuitos profesionales o en los legos o porque ambos no estén accesibles. En el caso de que el síntoma no desaparezca, el proceso se reinicia, como se indica en la figura 1.

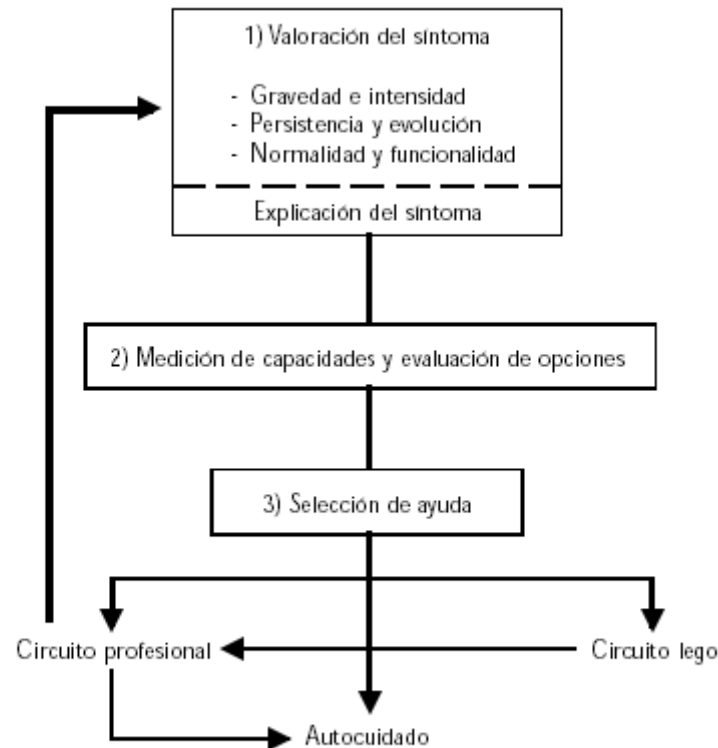


FIGURA 1. PROCESO DE ENFRENTAR EL SÍNTOMA

Discusión

La literatura sobre el tema muestra que el proceso por el cual el enfermo busca ayuda es activo, que implica la toma de diversas decisiones y cubre diversas etapas^{1, 6,10, 18, 20}. En el presente estudio se describió un proceso de valoración del síntoma y de selección del tipo de ayuda que permitió develar algunos de los parámetros y criterios que utilizan las mujeres para tomar la decisión de buscar ayuda o no. Además, se revela que las mujeres valoran sus propias capacidades y las posibles consecuencias de sus decisiones. Debido a las limitaciones del estudio, no se pueden generalizar sus resultados; sin embargo, se espera que permitan una mejor comprensión del camino que recorren las personas al sentirse enfermas.

Se ha documentado que en casi todas las culturas la mayor parte de la atención primaria tiene lugar dentro de la familia, en lo que se denomina sector popular de la atención, y que las mujeres son los principales proveedores.³ El estudio señala el papel que tiene la red informal de cuidados en la prestación de atención y en la derivación al sistema formal. Aunque se tienda a pensar que la escasa utilización de los servicios de salud significa que no se cubren necesidades²³, esto no siempre es así: las necesidades de salud se pueden estar resolviendo en este sector popular.

Las investigaciones cualitativas permiten mejorar la comprensión de los problemas investigados y pueden proporcionar dirección a las acciones dirigidas a la salud.²⁴ Este estudio muestra que las mujeres son activas en el diagnóstico y en la solución de sus problemas de salud, pues continuamente están tomando decisiones relativas al origen y a la naturaleza de sus dolencias y a la resolución de las mismas. El encuentro con los profesionales es el resultado de un proceso complejo en el que las mujeres han

interpretado, decidido y seleccionado un tipo de ayuda para sus problemas de salud. En este sentido, es necesario que los profesionales de la salud tengan sensibilidad hacia los relatos subjetivos de los pacientes y comprendan de manera informada la diversidad de creencias y significados que atribuyen a su salud. Además, para que se den las tan recomendadas relaciones terapéuticas entre los pacientes y los profesionales²⁵, se hace imprescindible que se reconozca el conocimiento del paciente en cuanto a su padecimiento y que no se desestime su participación real en la recuperación de su salud. Específicamente, no se debe olvidar que las mujeres son las principales productoras de salud²⁶, por lo que es necesario trabajar conjuntamente con ellas para maximizar este potencial.

El papel crucial que cumple el circuito lego en la prestación de cuidados y en la derivación pone de manifiesto que las personas no son simplemente consumidoras de servicios de salud; concretamente, se ha sugerido que la red de parientes debe considerarse educadora en aspectos relativos a la salud⁴. Los profesionales de la salud pública deben apoyar y orientar el papel del círculo familiar, de las amistades y de la comunidad en general en la atención primaria. Por último, se espera que, con la descripción de la categoría “hacer frente al síntoma”, los profesionales de la salud se interesen por comprender aún más cómo experimentan la enfermedad los pacientes, y contribuyan a contextualizar las acciones preventivas y de promoción de la salud.

Referencias

1. Jones LJ. The social context of health and health work. Houndsmills: MacMillan, 1994.
2. Fitzpatrick R. Lay concepts of illness. En: Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J, comp. The experience of illness. Londres: Tavistock, 1984:11-31.
3. Helman C. Culture, health, and illness. 2a. edición. Londres: Wright, 1990. (CULO ORIGINAL)
4. Freund PES, McGuire MB. Health, illness, and the social body. 2a. edición, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1995.
5. Coe RM. Sociología de la medicina. 2a. edición. Madrid: Alianza, 1979.
6. Taylor S, Field D. Sociology of health and health care. Oxford: Blackwell, 1993.
7. Dirección Seccional de Salud. Mujeres y salud: un estudio cualitativo. Medellín: Dirección Seccional de Salud, 1995.
8. Tuckett D. Introduction. En: Tuckett D, comp. An introduction to medical sociology. Londres: Tavistock, 1976:3-40.
9. Scambler G, Scambler A. The illness iceberg and aspects of consulting behaviour. En: Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J, comp. The experience of illness. Londres: Tavistock, 1984:32-53.
10. Tuckett D. Becoming a patient. En: Tuckett D, comp. An introduction to medical sociology. Londres: Tavistock, 1976:169-189.
11. Lincoln IS. Sympathetic connections between qualitative methods and health research. Qual Health Res 1992;2: 375-391.
12. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research-grounded theory procedures and techniques. Newbury Park (CA): Sage, 1990.
13. Lincoln IA, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (CA): SAGE, 1985.
14. Lofland J, Lofland HL. Analyzing social settings. Belmont (CA): Wadsworth, 1984.
15. Denzin NK. The research act. 2a. edición. Nueva York: MacGraw Hill, 1978.
16. Glaser BA, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Press, 1967.
17. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969.
18. Zola IK. Pathways to the doctor-from person to patient. Soc Sci Med 1973;7: 677-689.
19. Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Península, 1978.
20. Mechanic D. The concept of illness behaviour: Culture, situation, and personal disposition. Psychol Med 1986; 16:1-7.
21. Schapira M. Representación del proceso de salud-enfermedad y la valoración de la atención médica desde la perspectiva de la mujer. Cuadernos Médico Sociales (Rosario) 1993:41-66.
22. De la Cuesta C. Trabajo de salud. Enfermería Clínica 1996;6: 95-101.
23. Ochoa-Díaz López H, Sánchez-Pérez HJ, Martínez-Guzmán LA. Uso de un índice de bienestar social para la planificación de la salud a nivel municipal. Salud Publica Mex 1996;38: 257-267.
24. Hammersley M. What's wrong with ethnography? Londres: Routledge, 1992.
25. Campero-Cuenca L. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. Salud Publica Mex 1990;32: 192-204.
26. Stacey M. The power of lay knowledge: A personal view. En: Popay J, Williams G, comp. Researching the people's health. Londres: Routledge, 1994:85-98.

EL MUNDO AFECTIVO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Nelvia Victoria Lugo Agudelo*

RESUMEN

Este estudio forma parte de la línea de investigación que sobre el embarazo en adolescentes, adelanta la Universidad de Antioquia. Su objetivo es comprender el significado y la naturaleza de las relaciones afectivas para las adolescentes embarazadas. Para la realización de este estudio se utilizó una metodología cualitativa fenomenológica que permitió comprender a profundidad la esencia de la experiencia afectiva desde la perspectiva de las adolescentes. Las participantes fueron jóvenes entre 14 y 19 años, residentes de la ciudad de Manizales. Se realizaron 22 entrevistas abiertas que fueron grabadas y transcritas, y se obtuvieron cinco cartas escritas por las participantes. Los datos fueron analizados usando el método de análisis temático propuesto por van Manen. La principal conclusión del estudio, es que la experiencia central que viven las jóvenes durante su embarazo es el sufrimiento, y que éste está profundamente ligado a su identidad. Las cualidades del fenómeno se describen a través de cuatro temas: estar abrumada, vivir descontroladamente, desilusionarse del amor y soportar el sufrimiento.

Palabras clave. Embarazo en la adolescencia, Sufrimiento, Identidad, Investigación cualitativa, Fenomenología

THE PREGNANT ADOLESCENT'S AFFECTIVE WORLD

SUMMARY

The study is part of the line of research "adolescent pregnancy" at the Universidad de Antioquia. Its aim was to understand the meaning and nature of emotional relationships during pregnancy. A phenomenological strategy was used to understand the emotional experience from participants point of view. Participants were young women between 14 and 19 years old, who live in Manizales (Colombia). Twenty two interviews and five letters were analyzed by a thematic analysis as proposed by van Manen. The study reveals that suffering is the phenomenon during pregnancy and this experience is link to adolescent's identity. Four themes describe the phenomenon: being overwhelmed, living uncontrolled, being disenchanted about love and enduring suffering.

Key words. Adolescence pregnancy, Suffering, Identity, Qualitative research, Phenomenology.

El embarazo en la adolescencia ha sido descrito como un problema de salud pública en Latinoamérica dada su magnitud y las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que conlleva. A nivel biológico, el riesgo de morbi-mortalidad es más elevado cuanto más joven sea la madre y más pobre su país de residencia, debido a complicaciones

*Psicóloga Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental de la Universidad de Antioquia. Profesora de la facultad de Psicología de la Universidad de Manizales.

durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel social, la joven verá limitadas sus posibilidades para el futuro por la posible interrupción de su educación formal, la pérdida de su empleo, la baja remuneración que le ofrecerán por su condición de embarazada o las formas irregulares e inestables de contratación a que deberá acogerse. Las repercusiones económicas que esto trae para la joven, constituyen lo que se ha denominado "la puerta de entrada al ciclo de la pobreza"¹.

Las diversas investigaciones, tradicionalmente epidemiológicas, han arrojado información sobre causas, repercusiones, incidencia, prevalencia, factores de riesgo o factores protectores en el embarazo de adolescentes². Igualmente, son múltiples los programas preventivos y de atención que se han desarrollado, con el ánimo de mitigar los efectos de un embarazo durante la adolescencia. Sin embargo, las tasas de fecundidad entre adolescentes tienden a aumentar en América Latina³. De esta manera, a pesar de los esfuerzos investigativos y de intervención, no se ha logrado incidir significativamente en la problemática, lo que motivó la realización de la presente investigación.

El presente estudio, que como antes se dijo hace parte de la línea de investigación sobre embarazo en la adolescencia, no hubiese sido posible sin el apoyo del comité de investigaciones de la Universidad de Antioquia CODI, la asesoría de la Dra. Carmen de la Cuesta, y especialmente, la participación abierta y desprevenida de las jóvenes entrevistadas. La investigación que se presenta, se guió por el objetivo general de comprender el significado y naturaleza de las relaciones afectivas de la adolescente embarazada, con el fin de contribuir al mejor conocimiento de esta problemática. Sus objetivos específicos fueron: describir la experiencia afectiva de las adolescentes embarazadas en torno a sus relaciones más significativas y analizar el desarrollo de sus relaciones afectivas a partir de su embarazo. Se presentará a continuación la metodología utilizada, los principales hallazgos y su discusión.

Metodología

Con el fin de dar respuesta a los objetivos propuestos, se decidió aplicar una metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico, utilizando los principios del análisis temático planteados por van Manen⁴.

Participantes y acceso a la información

En el estudio participaron 22 adolescentes embarazadas, entre 14 y 19 años, residentes en la ciudad de Manizales y sector rural aledaño. Todas fueron seleccionadas por muestreo teórico, es decir, que el propósito del estudio dirigió la selección⁵.

Para lograr el acceso a la información se estableció comunicación informal con los profesionales relacionados con la atención de las adolescentes, se presentó a los directores de las entidades un resumen del proyecto y una carta solicitando autorización formal para llevar a cabo las entrevistas, se contactó a las participantes, se solicitó su participación voluntaria y se les informó acerca del estudio. De esta manera, se obtuvo el consentimiento informado de las jóvenes y se garantizó la intimidad, anonimato y confidencialidad de la información recibida, con la utilización de códigos que identificaron a las participantes.

Recolección de datos

Previo al estudio principal, se efectuó un estudio exploratorio con dos participantes de las 22 entrevistadas, a fin de probar la habilidad de la investigadora en la recolección de los datos y valorar la utilidad y pertinencia de los métodos a utilizar.

Los datos del estudio principal, fueron recogidos mediante entrevistas fenomenológicas y cartas escritas por las participantes que accedían a ello. Las entrevistas fueron individuales, abiertas y a profundidad, con una duración entre 30 y 60 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas y verificadas, comparando la grabación con el texto. Para la realización de las entrevistas se contó con una guía, cuyas preguntas de apertura fueron: "¿Cómo es estar embarazada?" "¿Qué ha significado para ti estar embarazada?" La entrevista se fue modificando a medida que avanzaba el análisis y de acuerdo al muestreo teórico. De esta manera, la recolección de información se realizó en tres momentos: recolección abierta (10 entrevistas); recolección focalizada (8 entrevistas) y recolección de verificación (2 entrevistas). Sólo cinco participantes accedieron a escribir cartas para la investigación.

Análisis de la información

El análisis de los datos se llevó a cabo de forma concurrente con la recolección de información. El análisis fenomenológico es riguroso, adherido a un enfoque sistemático que respeta el espíritu y la intención de los principios de la fenomenología. La adherencia estricta significa la lectura y re-lectura atenta de las descripciones, con la intención de descubrir el significado tácito o explícito de la experiencia vivida por el sujeto. De esta manera, se llevó a cabo un análisis reflexivo de los datos. Dicho análisis se guió por los principios del análisis temático⁶ que son: reflexionar sobre los temas esenciales que caracterizan al fenómeno; describir e interpretar el fenómeno por medio del arte de escribir y reescribir; mantener una relación fuerte y orientada hacia el fenómeno, y equilibrar el contexto de la investigación considerando las partes y el todo.

Al comienzo de la investigación se utilizó la codificación abierta y la escritura de memos analíticos, procedimientos propuestos por la teoría fundamentada⁷ y se hicieron algunas lecturas literarias y poéticas. De las primeras 10 entrevistas resultó una primera clasificación de 60 grupos de códigos, que fueron reagrupados en 15 y luego en 6 grandes grupos temáticos.

En este momento se hizo una primera aproximación al análisis de los temas y se comenzó la segunda recolección de información. Se consolidó así la identificación y desarrollo de los temas esenciales a través de la reflexión, descripción y escritura fenomenológicas. Este procedimiento, buscó formular temas que se constituyeran en unidades de significado de la experiencia y que permitieran dar control y orden a la investigación y a la escritura, a la vez que capturar el fenómeno que se quería comprender, describir un aspecto de la estructura de la experiencia y aprehender su significado. La identificación y desarrollo de los temas requirió escribir reflexiva e intensamente y de manera fenomenológica⁸. Para ordenar el proceso de escritura se hicieron tres guiones analíticos, mostrando cada uno de los temas en desarrollo, los cuales se iban modificando a medida que avanzaba el análisis y la escritura. En ese momento se realizaron las dos últimas entrevistas para verificar y profundizar los temas emergentes.

La última fase del análisis consistió en la identificación del fenómeno “sufrimiento” como experiencia central en el mundo afectivo de las jóvenes. Esto fue posible gracias a la reflexión fenomenológica de los datos, la discusión sobre los temas y la consulta bibliográfica. Se realizó un nuevo análisis en el que se profundizó en el fenómeno y se desarrollaron los cuatro temas finales: estar abrumada, vivir descontroladas o sin control, desilusionarse del amor y soportar el sufrimiento.

Hallazgos

La experiencia esencial que las adolescentes viven durante su embarazo es el sufrimiento, el cual se concibe como universal, particular, subjetivo y complejo. El propósito de lo que se presenta a continuación como hallazgos del estudio, es pues describir cómo la joven sufre durante su embarazo, focalizando el análisis en lo afectivo de esta experiencia, dentro de la cual el asunto de la identidad es de fundamental relevancia. La descripción de las cualidades del fenómeno del sufrimiento que viven las jóvenes, se hará a través de los temas: sentirse abrumada, vivir descontroladas, desilusionarse del amor y soportar el sufrimiento.

Sentirse abrumada

Una de las características principales del sufrimiento que viven las jóvenes en embarazo, es que tiene lugar en un contexto social de desaprobación. El embarazo de adolescentes es socialmente considerado una conducta desviada, y por consiguiente conduce a su rechazo⁹, el cual es vivido con sufrimiento.

Sentirse desvalorizada. Las adolescentes participantes en el estudio se definen a sí mismas como un “zapato y un estorbo”, como un “fenómeno raro”, como “lo peor y un problema”. Todas estas expresiones reflejan que las jóvenes sienten que valen poco.

I: ¿Y a usted, cómo la hizo sentir esa reacción de su papá?

E: Uich, como un, como si fuera un zapato. Sinceramente ese día, ese día cuando él se enteró, cuando él dijo, él llamó a la casa, yo estaba en la casa, él llamó, entonces le dijo a mi mamá que hasta que yo no me fuera él no llegaba. Mejor dicho, a mí me dio muy duro.

La joven sufre al sentir que vale menos. Es un sufrimiento que proviene de la relación con su mundo exterior: las definiciones que la joven nombra, resultan de la interacción con sus otros significativos y son asumidas como definiciones de sí misma. Además de los miembros de su familia, las adolescentes se sienten miradas, comentadas y criticadas por personas extrañas. La joven se expone a que su intimidad sea invadida por desconocidos. Otros estudios han mostrado que las personas que sufren, generalmente sienten como si anunciaran o mostraran su debilidad y fragilidad frente al mundo¹⁰. Las experiencias de sufrimiento hablan de un sí mismo “desnudo y abierto a la vista”¹¹. Por lo tanto, las imágenes del sí mismo resultantes de la exposición se entremezclan con el autoconcepto.

Dentro de la experiencia de la adolescente embarazada, existen tres imágenes que la joven incorpora, que la desvalorizan y que vive con sufrimiento: sentirse como una mujer que no es deseable, como una hija que defraudó las expectativas de sus padres y como una persona que no es de fiar.

Para las adolescentes, el concepto de su cuerpo es especialmente importante, debido al proceso de construcción de identidad sexual que llevan a cabo. La joven en embarazo sufre transformaciones en su cuerpo físico causadas por su estado de gravidez; en su cuerpo simbólico, porque ha hecho una ruptura con el cuerpo culturalmente aceptado y que ella reconoce como bello, y en su cuerpo imaginado, porque el embarazo es una época en la cual las personas hacen comentarios sobre su cuerpo. Así, la joven siente que no es deseable y que su imagen corporal está desvalorizada.

En la imagen que la adolescente tiene de sí misma, le resulta claro que cometió un error en relación con lo que el embarazo representa para sus padres: ella no pudo ser lo que ellos querían y esperaban y los defraudó en cuanto a las expectativas que tenían puestas en ella. Así lo manifiesta una joven participante:

...pero o sea, a mí lo que más me dio tristeza fue mi mamá, contarle a mi mamá y saber que yo era la menor, entonces pues cuando yo le conté a mi mamá yo me sentí muy mal y yo lloré mucho y yo sentí mucha tristeza, pero no porque yo estaba en embarazo, sino porque no pude como ser la persona que mi mamá quería que yo fuera, más de lo que ella esperaba de mí, y entonces yo me sentí muy mal.

Defraudar las expectativas, es una percepción de los padres que se inserta en el autoconcepto de la joven, afectando su identidad social. Al defraudar, la joven siente que se ha convertido socialmente en alguien en quien no se puede confiar. El reconocimiento del sufrimiento de la joven, depende del estatus moral conferido por su familia: al considerarse el embarazo una conducta desviada, las demandas de la joven son cuestionadas y por tanto su sufrimiento no es legítimo, es decir, no se reconoce lo que ocurre en su mundo interior:

...Yo me sentía horrible que llegara y saludara a todo el mundo [el papá] y que a mí no me saludara... Y él le dijo a mi mamá que él no más tenía, (yo tengo otros dos hermanitos), y dijo que no, que no más tenía dos hijos... Sí, que yo no existía para él, que yo lo defraudé a él... Yo me sentía horrible porque me demostró como si para él no existiera... Sí, él pasaba por encima de mí y no me saludaba, como transparente...

Como lo comenta la joven, no ser tenida en cuenta y que no le prestaran atención, era como si no existiera. Goffman¹² argumenta que: "Es posible que al individuo estigmatizado se le trate como a una no-persona es decir, que no existiera como individuo digno de atención". La adolescente por tanto, al sentirse estigmatizada, hace demandas de reconocimiento, no sólo a su sufrimiento, sino también a su integridad, a su valor como persona.

Vivir en silencio. Esta es una experiencia que la joven vive de forma física y afectiva. Corporalmente, se siente ahogada y somatiza esta experiencia en su garganta. Tiene una sensación física de un "nudo" o de un "taco" que la aprieta y que se forma al no expresar lo que sucede en su mundo interior, tal como lo expuso una de ellas en la entrevista:

...un taco ya pa' llorar, como pa' ya reventarse uno. [¿Y cómo es eso?] Pues no, es como queriendo gritar, como con ese... arrancarse el pelo, de uno,

de lo solo, de lo triste que uno se siente y no, y ese taco aquí [muestra la garganta] ya con ganas de ponerse uno a gritar ahí.

Afectivamente, la joven en embarazo vive en silencio al restringir ella misma la expresión de lo que sucede en su mundo interior. Esta experiencia la vivencia de diversas maneras: ocultando su embarazo, ocultando su sufrimiento y ocultándose ella misma.

Al comienzo del embarazo, por el contexto social de desaprobación, la joven puede ocultar su embarazo, silenciando su nueva condición. También lo que puede ocultar es su sufrimiento. Diversos autores^{13,14} han notado que en la experiencia del sufrimiento, existe mucho silencio, es decir, las personas que sufren tienen dificultad para encontrar una voz que les permita expresar su experiencia, debido a la indecible naturaleza del sufrimiento, al miedo de no ser escuchados o al temor de causar sufrimiento a otros¹⁵.

Ocultar el sufrimiento puede convertirlo en un "sufrimiento mudo"¹⁶, es decir, la persona puede hablar de muchas cosas, llorar e incluso reír, pero conservando su sufrimiento en silencio. La adolescente embarazada puede no sólo ocultar su sufrimiento, sino incluso, ocultarse ella misma y aislarse del contacto con las personas que hacían parte de su vida cotidiana. En términos del contexto social dentro del cual se desarrolla su embarazo, y al aislarse y perder la retroalimentación que le proporciona el intercambio social con los demás, la joven actúa como una persona estigmatizada. Siente que su vida, sin el intercambio social de antes, se ha convertido en una vida, además de silenciosa, vacía, rutinaria y sin sentido. En una vida que ha perdido complejidad y movilidad. Una vida que vive en silencio y que la abruma.

Vivir descontroladamente o sin control

Cuando una persona sufre, atribuye un significado intensamente negativo a la situación que vive y esto supone un sentido de pérdida de control¹⁷. Las adolescentes participantes en el estudio viven su embarazo descontroladas, como si éste fuera un terremoto, es decir, un suceso de conmoción y desequilibrio, en el que ocurren múltiples pérdidas.

Perder el control de sí misma. Lo que le permite a la adolescente percibir su descontrol durante su embarazo, es el desarrollo de una sensibilidad emocional que la hace más receptiva a lo que ocurre en su mundo interior y en su mundo exterior. El desarrollo de una capacidad de experimentar intensamente sensaciones físicas y emociones, y la facilidad para conmoverse e identificar cualquier impresión, hace que la joven esté alerta, como una antena dirigida hacia sí misma: está en contacto íntimo con su yo interno, está más cerca de sí misma y de su descontrol.

Durante el embarazo, la joven pierde el control sobre sus emociones, que se desordenan y la confunden. Siente como si todas ellas se juntaran al mismo tiempo, lo que le hace difícil identificar qué es lo que siente. Además de esta confusión, la adolescente vive una permanente movilidad emocional y puede incluso percibir que sus emociones son contradictorias:

I: ¿Qué has sentido durante el embarazo?

E: ¡Ay de todo! Eso es un descontrol como de, usted no ve, o sea yo en un momento puedo estar feliz y me puede entrar una nostalgia y después

ponerme a llorar y luego sí, o sea son como, como contradicciones siempre, o sea uno está muy contento y de repente alguien dice algo que no me gusta y con eso tuve.

Como lo relata la entrevistada, los cambios emocionales son repentinos y autónomos, lo que impide que ella pueda controlar su estado emocional en términos de una cierta continuidad o estabilidad de las emociones, es decir, pierde el esquema habitual que le permitía interpretar sus emociones cotidianas. No poder saber cómo va a ser su estado emocional es vivir en incertidumbre, como lo comenta una de ellas en su entrevista: "...cuando de pronto sientes que todo el mundo se desarmó". Estar en embarazo también le implica a la adolescente perder el control sobre sus decisiones, no poder actuar dirigida por sí misma únicamente, sino también dirigida por su familia; siente que ha perdido la capacidad de valerse por sí misma. En algunas investigaciones, la pérdida de control sobre sí mismo se ha asociado con vulnerabilidad¹⁸. Mientras menos control tenga, más vulnerable se siente la persona.

No poder ser la misma. El embarazo o los cambios que él conlleva, se convierten en sucesos inesperados en la vida de la adolescente. Esto implica una discontinuidad en el tiempo y en el espacio, es decir, que la adolescente no puede seguir siendo la misma, lo cual la descontrola. Así lo percibe una participante: "... uno se siente como todos los días distinto... a toda hora muy distinto, uno se siente distinto en todas partes, porque ya no es lo mismo, ya no puede hacer lo mismo..."

El embarazo se convierte entonces en un punto crítico en la biografía de la adolescente. Según Giddens¹⁹, los puntos críticos transforman la conciencia del yo: lo que la adolescente percibe que era antes, lo que percibe que es ahora y lo que será después. Esta transformación altera la construcción de su identidad pues el embarazo trae consigo cambios que la obligan a no ser la misma. Cambios que se producen en su mundo interior y en la manera como se relaciona con el mundo exterior.

En su mundo interior cambian sus hábitos y diversiones. Se siente en un cuerpo que le es ajeno y que cambia de manera autónoma. La adolescente también percibe cambios en su forma de ser, en su forma de pensar, en la manera como se relaciona con el mundo exterior, especialmente en la cotidianidad de las relaciones con sus amigos de antes.

No poder ser la misma de antes representa pérdidas para la joven en embarazo. Teóricamente, el concepto de sufrimiento ha sido usado en situaciones en las que existe un sentido o un riesgo de pérdida o un riesgo, especialmente donde la pérdida o el riesgo se relacionan consigo mismo o con la identidad personal²⁰. La joven percibe que esos cambios hacen de su vida algo que no le gusta, que nunca será como antes del embarazo y añora la vida de antes:

...todo va cambiando, entonces de, de esa libertad y de esa independencia y de esa forma de vivir tan bueno, no me queda sino los recuerdos... él no sabe [el esposo] que cuando yo me acuesto por las noches yo me pongo a llorar, porque sí, porque me da mucha, mucha tristeza y siempre, siempre, me acuerdo de hace un año, mi vida era totalmente distinta, y yo quisiera aunque sea tener un pedacito de esa vida.

Como puede verse, no poder ser la misma de antes por los cambios en su mundo interior y exterior, es una experiencia que la joven vive con sufrimiento, un

sufrimiento íntimamente ligado a las pérdidas y a la discontinuidad en la construcción de su identidad.

Desilusionarse del amor

La experiencia vivida por la joven en embarazo, en la que se desilusiona del amor, es una cualidad esencial de la manera como sufre. El amor no solamente produce felicidad, sino que además es una ilusión que la cultura se ha creado para sobrevivir al sufrimiento²¹. Es precisamente esta la ilusión la que se desdibuja para la joven durante su embarazo: se desilusiona del amor. Así lo siente una de las participantes en el estudio: "Para mí antes el amor era algo lindo, sí, como uno siempre sueña, todo color de rosa... Ahora más bien, esto se ha mezclado con mucho sufrimiento".

Como novia y antes de su embarazo, la adolescente amaba de forma romántica y apasionada. Se establece una relación intensa, íntima y clandestina, en la que la joven se comporta como novia, siguiendo las reglas de identidad de género²². Durante el embarazo, el mundo romántico, aventurero y clandestino se acaba. Su amor se transforma ya sea que se termine el idilio amoroso o que viva un abandono definitivo.

Se esfuma el idilio amoroso. La joven percibe que en su relación amorosa ha habido cambios, y aunque la conserve, el sentido de esta relación variará. Una joven entrevistada siente que uno de los cambios en su relación es que se ha perdido el interés que despertaba en su novio: "...cómo cambia la relación de pareja, el idilio y el noviazgo... Es una cosa tan bonita y tan chévere hasta ese momento... [ya] no es igual porque los intereses se pierden, ya no soy la mujer que le resulte interesante, atractiva. No, las cosas cambian..."

Con la extinción del interés, el amante demuestra no percibir el cuerpo del otro²³. Por esto la adolescente siente que ya no es "atractiva", que el idilio ha desaparecido. Descubre que en algún sentido ha dejado de ser amada, por lo menos ha dejado de ser deseada, y esto era algo que pertenecía a su idea del amor. Se ha señalado que cuando se extingue el deseo, es como si la persona se hubiera tornado invisible y esto es una especie de muerte²⁴.

Al ver que su pareja ha dejado de interesarse en ella como lo hacía antes de su embarazo, la adolescente pierde credulidad en el amor. Incluso, duda de la continuidad de la relación. Esto es doloroso y refleja también cierto temor a perder su amor. Un temor que le crea desconfianza y sufrimiento. Las adolescentes entrevistadas sienten que su relación de pareja continúa porque hay un hijo que está por nacer y se sienten desplazadas del amor que antes mantenía su relación.

El abandono es doloroso. Amar involucra profundamente a toda la persona. Así lo siente una adolescente que en una carta escrita para la investigación, lo expresa de la siguiente manera:

Mi nombre es Zoraida, tengo 17 años. Como es normal a mi edad tengo sueños e ilusiones. Mi vida, no ha sido fácil, desde muy pequeña, tube [sic] que aprender a soportar con valentía los golpes de la vida. Vivir separada de mi papá y siempre discutiendo con mi madre. A los 15 años conocí a un joven increíble y me enamoré de él, su ternura, cariño y comprensión lo eran todo en mi vida. Era mi motivo de vivir, el motor principal de mí existir. Así pasaron varios años, todo para mí no era más que él, todo problema, angustia o tristeza que tenía se desbanecía [sic], con solo estar a

su lado. Creí tener el mundo en mis manos, hasta que en el mes de junio del 98 comprobé que estaba embarazada.

Debido al profundo significado que puede tener el amante en la vida de alguien, se es vulnerable a cualquier ausencia de su parte. El abandono, para las adolescentes, puede sentirse como una pérdida de una parte vital de su ser. Según Carotenuto²⁵, el término de una relación significa el "colapso de un orden psicológico". El amar a otra persona, modifica el sí mismo por la necesidad de unión y conservación de la pareja, es decir, que el individuo hace transformaciones en su estructura psíquica con tal de conservar la relación amorosa. Con la ruptura y el abandono, se vuelca esta estructura que se ha creado, se cuestionan aspectos fundamentales de la existencia y se sufre.

Al ser abandonada, la adolescente tiene una sensación de fracaso; supone que no ha dado lo suficiente ni ha sido todo lo que debería para el otro. Con el abandono, el significado y valor del ser resultan frustrados. Ninguna otra pérdida puede afectar a una persona como la ruptura de una relación amorosa; es muy difícil soportar la idea de que la propia insuficiencia posiblemente hubiese causado la separación y la ruptura.

Al romperse su relación amorosa, la joven siente un profundo vacío que le duele, el vacío de haber perdido a alguien significativo para ella.

El amor alimenta la ilusión de llenar el vacío existencial, la carencia que es condición inherente al ser humano y que lo impulsa a buscar su complemento²⁶. El abandono hace evidente el vacío y su profundidad. Esto es lo que siente la adolescente: un duelo por la pérdida del amor. La adolescente vive una revelación en el vacío: el sufrimiento que le ha causado la pérdida del amor jamás terminará. Ella creía que su amor era eterno: "...este dolor que yo tengo fue de haber perdido una persona que creí que iba a estar conmigo toda la vida... Para mí eso nunca iba a terminar... Entonces eso es un dolor que queda muy adentro, una cicatriz que nunca cierra".

Si ha existido "una cicatriz que nunca cierra" como lo dijo la informante, es porque ha existido una herida abierta por el abandono. La herida es en la identidad de novia que ha perdido por el abandono que ha sufrido.

Soportar el sufrimiento

Durante su embarazo, la joven encuentra dos maneras de soportar su sufrimiento: con el fortalecimiento de su identidad como hija y con la construcción de su identidad como madre.

Sentirse apoyada

Kano²⁷, muestra en su estudio que la adolescente debe realizar un proceso de ajuste de identidad durante su embarazo, con el fin de ganar aceptación social y confianza familiar. A medida que el embarazo avanza, la adolescente realiza cambios en sí misma y su comportamiento se ajusta progresivamente a las expectativas familiares. De esta manera, las condiciones del contexto varían y se consolida el apoyo familiar. Para la adolescente, sentirse apoyada es una manera de soportar su sufrimiento porque le permite vivir su embarazo sin necesidad de ocultarlo:

I: Ahora me decías que te sentías apoyada. ¿Cómo es sentirse así?

E: Es un alivio, porque o sea, yo he visto muchas amigas mías que han tenido que ocultar el embarazo, se han tenido que fajar...

Al sentirse apoyada por aquellos que le son significativos, la joven tiene la posibilidad de hablar sobre su embarazo, se siente escuchada. Esto significa, como lo afirma Jones²⁸, un ordenamiento de la experiencia a través del lenguaje, lo que puede tener un gran significado de supervivencia y sentido de control.

Saber que las personas importantes en su vida se preocupan por ellas, les da tranquilidad a las adolescentes entrevistadas: "Yo duermo muy tranquila porque yo sé que mi mamá está ahí y me está apoyando". La confianza que la adolescente experimenta es que su madre sirve de mediadora entre ella y su familia, le ayuda a ser parte de su familia nuevamente, lo que fortalece su identidad como hija. El apoyo materno es un voto de confianza para la adolescente, siente que los otros significativos reconocen esa identidad:

...hace exactamente por ahí dos meses que he estado muy bien, porque, porque mi papá ya me habla, porque nos cambiamos de casa, como que otro ambiente, que toda mi familia ya sabe, que mi mamá ya sabe, que la familia de él sabe, de que él me ha apoyado mucho, de que he estado bien con él.

Sentirse apoyada es entonces para la adolescente, una manera de soportar su sufrimiento, pues puede expresar su experiencia, sentir confianza y sentir que hace parte de su familia nuevamente.

Mi hijo es mío

Durante su embarazo, las adolescentes participantes en el estudio, establecieron un vínculo emocional con su hijo, que les ayudó a construir su identidad de madres. Esta relación afectiva comienza en el momento en que la joven siente la presencia física de su hijo en su cuerpo y lo reconoce como un ser vivo que se desarrolla en su interior. El desarrollo del hijo es una experiencia de la que solamente es testigo la adolescente. Es partícipe activa de este desarrollo y si bien no es dirigido por ella, sí le pertenece sólo a ella.

La joven puede contar con su hijo que ha permanecido incólume en medio de su descontrol, de su condición abrumadora y desilusionada. Nadie puede tocarlo, nadie puede sentirlo, sólo ella. Su hijo es lo que le pertenece de forma verdadera y auténtica. Se ha señalado que para la mujer, el embarazo tiene una temporalidad de movimiento, crecimiento y cambio, y que ella es fuente y partícipe de un proceso creativo. Esta percepción sobre el embarazo es muy diferente de la que la cultura dominante ha proyectado tradicionalmente, como de un tiempo de calmada espera. Se ha visto a la mujer como "expectante" de una nueva vida que fluye desde otro planeta, o que trae una cigüeña. Desde el punto de vista de los otros, el embarazo es un tiempo de espera en el que nada pasa²⁹.

Las adolescentes entrevistadas establecen una comunicación activa y auténtica con su bebé, a través de la cual pueden expresar su sufrimiento. Este poner en palabras la experiencia ayuda a soportar su sufrimiento. Se convierte en una vivencia compartida, como lo relata una joven en una carta que le escribe a su hijo:

Hola Oscar Andrés:

Hoy estoy cumpliendo 6 meses de tenerte en mi vientre [sic], y sabes? Me siento contenta al saber que tengo un lindo ser dentro de mí, lo cual es un gran regalo de Dios, pero también me siento triste porque sé que sufrimos mucho los dos, pero bueno sabremos salir adelante con la ayuda de nuestro señor Jesucristo. Baby en cuanto a tu abuela siento que te está aprendiendo a querer, debemos entender que es duro para ella darse la idea que va a ser abuela de un maravilloso bebé el cual la quiere tanto como la madre...

Las participantes del estudio sienten que sus hijos las ayudan "a salir adelante", les dan fuerza, compañía, las hacen olvidar su sufrimiento. Por su parte, la joven protege a su bebé, adquiriendo un comportamiento de madre: intenta evitar que el sufrimiento le haga daño, lo consuela y defiende ante los demás. La joven también se proyecta en su papel materno para cuando su hijo nazca, en una relación materno-filial; anticipa que su identidad como madre girará en torno al cuidado de su hijo, lo que le va a implicar lucha, trabajo, y preocupación y angustia porque siente que no está preparada.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio amplían la visión que desde el enfoque contextual se tiene acerca de la adolescencia. La primera característica de este enfoque, (lo que sucede en la adolescencia está determinado por el contexto social y cultural)³⁰, se puede observar en los hallazgos de la presente investigación. En lo que contribuye el presente estudio, es en la comprensión de la experiencia íntima dentro del contexto.

Aunque las jóvenes en embarazo viven el descontrol como se mostró, dicho descontrol tiene un sentido para sus vidas. La experiencia de los adolescentes en general, tiene coherencia, movimiento y racionalidad. Los hallazgos de este estudio en su conjunto, pretenden mostrar este sentido de la vivencia afectiva de las jóvenes embarazadas.

Desde la perspectiva del desarrollo afectivo de la adolescente, la presente investigación contribuye a profundizar específicamente en la comprensión de las características y dinámica del mundo afectivo de la adolescente embarazada. Los amigos íntimos, según los datos del presente estudio, no juegan un papel protagónico en la experiencia afectiva de la joven, lo cual sorprende debido a la gran importancia que se le ha otorgado al grupo de pares en la literatura³¹. Tampoco existen datos en la investigación, que aporten información sobre su sexualidad, lo que teóricamente es fundamental en la experiencia afectiva de una joven³². Es importante pues profundizar en estos aspectos en futuras investigaciones.

A la luz de las teorías de la identidad, la presente investigación amplía la comprensión de la manera como una joven embarazada construye su identidad personal, social y de reconocimiento³³. Podría pensarse que desde el punto de vista de la teoría planteada por Erikson³⁴, el embarazo agudiza la crisis de identidad propia de la adolescencia. Podría también afirmarse que la joven (como lo plantea Loewinger³⁵), o mejor el "yo" de la joven en embarazo, busca permanentemente un significado coherente que le permita comprender lo que le sucede. Este yo se constituye en el marco de referencia desde el cual la joven concibe y percibe lo que sucede en su mundo exterior o interpersonal. Se puede decir que lo que el presente estudio describe y halló, son las características de ese "yo consciente" de la joven embarazada y las múltiples pérdidas que vive durante su embarazo y que alteran la construcción de su identidad personal.

De acuerdo con la teoría de Kegan³⁶, las pérdidas son fundamentales para la estructuración de significado, puesto que la formación de identidad es el proceso de balanceo y rebalanceo de la relación sujeto-objeto.

De otro lado, los hallazgos de la presente investigación en relación con el sufrimiento, contribuyen a abrir un campo inexplorado en la investigación tradicional, que hace posible que sea investigado desde la perspectiva de quienes lo viven, puesto que el término sufrimiento, ha sido utilizado más en el sentido de sufrir de una enfermedad, que en el de una experiencia vivida, además de que la hegemonía epidemiológica ha dejado a un lado la perspectiva de los participantes³⁷.

Según Flaming³⁸, existe una relación estrecha entre sufrimiento y pérdida de identidad personal, lo que guarda coherencia con los hallazgos de este estudio. Aunque no se conocen investigaciones sobre sufrimiento durante el embarazo en la adolescencia, lo que se observó en la experiencia de las jóvenes investigadas, es que el embarazo es una experiencia en la que se presentan múltiples pérdidas, especialmente relacionadas con su identidad.

Rogers³⁹ encontró en su estudio sobre la vulnerabilidad, que ésta involucra sentimientos de indefensión, desesperanza y una pérdida de control sobre la vida. Para afrontar los efectos psicológicos, la persona puede internalizar los sentimientos negativos y deteriorar su autoconcepto. La persona que es vulnerable o marginalizada, tiene frecuentemente el sentimiento de no pertenencia, lo que la lleva al aislamiento social y a la alienación. Los hallazgos del presente estudio son coherentes con lo planteado por este autor, al establecer la relación entre sufrimiento, vulnerabilidad, descontrol, desvalorización y aislamiento.

El principal hallazgo del presente estudio, es que la experiencia central vivida por las jóvenes es el sufrimiento, el cual implica a la totalidad del ser y por tanto reclama una aproximación holística no sólo para comprenderlo en el contexto del embarazo en adolescentes, sino también para prevenir las posibles consecuencias negativas que esta situación pueda conllevar a la joven y a su familia. Se espera que los hallazgos de este estudio, como los de muchas otras investigaciones cualitativas, sirvan para orientar un cambio en la manera de pensar y en la actitud de los profesionales de la salud hacia la problemática tratada: de una orientación centrada en la enfermedad y los síntomas, a una visión integral y contextualizada de las jóvenes en embarazo, que permita una comprensión de su experiencia desde un punto de vista humanizador y racional.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud, La salud de las adolescentes y las jóvenes en las américas: escribiendo el futuro, Washington, OPS, 1995.
2. *Idem*
3. Organización Mundial de la Salud, La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza, Ginebra, OMS, 1995.
4. Van Manen, M., *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*, New York, State University of New York Press, 1990.
5. Morse, J., *Qualitative health research*. Thousand Oaks, Sage publications, 1992.
6. Van Manen, M., *op. cit.*
7. Strauss, A. and Corbin, J., *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*, New Bury Park: Sage Publications, 1990.

8. Madjar, I., Notas tomadas del seminario Investigación fenomenológica, Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, noviembre 1999, (sin publicar).
9. Kano, ME., El proceso de enfrentar el embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad, Tesis de grado (Magister en salud pública con énfasis en salud mental), Universidad de Antioquia, Medellín, 1998.
10. Rodgers, B. and Cowles, K., A conceptual foundation for human suffering, In: Nursing care and reserach, J. Adv Nurs 1997, 25: 1048-1053.
11. Charmaz, K., Stories of suffering: subjective tales and research narratives, Qual Health R. 1999, 9: 362-382.
12. Goffman, E., Estigma: la identidad deteriorada, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.
13. Flaming, D., Patient suffering: a taxonomy from teh nurses pespective, J. Adv Nurs, 1995, 22: 1120-1127.
14. Jones, A., Listen, listen trust your own strange voice' (psychoanalytically informed conversations with woman suffering serious illnes), J. Adv Nurs 1999, 29: 826-831.
15. Idem.
16. Idem.
17. Rodgers, B. and Cowles, K., *op. cit.*, J. Adv Nurs, 1997, 25: 1048-1053.
18. Rogers, A., Vulnerability, health and health care, J. Adv Nurs 1997, 26: 65-72.
19. Giddens, A., Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea, Barcelona, Península, 1994.
20. Rodgers, B. and Cowles, K., *op. cit.*, J. Adv Nurs 1997, 25: 1048- 1053.
21. Carotenuto, A., Eros y pathos: matices del sufrimiento en el amor, 2ª. ed., Santiago de Chile, Cuatro vientos, 1996.
22. De la Cuesta, C., Contexto del embarazo en la adolescencia: un estudio cualitativo, Informe de investigación, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Medellín, 1999, (sin publicar).
23. Carotenuto, A., *op. cit.*
24. *Idem*
25. *Idem*
26. Fromm, E., El corazón del hombre, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.
27. Kano, ME., *op. cit.*
28. Jones, A., *op. cit.*, J. Adv Nurs 1999, 29: 826-831.
29. Young, IM., Pregnant embodiment: subjectivity and alienation. J Med Phil, 1984, 9: 45-62.
30. Sandoval, C., y Luna, MT., Desarrollo humano: un punto de vista alternativo, Manizales, Centro internacional de educación y desarrollo humano CINDE, 1994.
31. García, M., Desarrollo afectivo de la adolescencia, En: Aguirre A., Psicología de la adolescencia, México, Alfaomega, 1996.
32. *Idem*
33. Cortina, A., Ciudadanos del mundo: hacia una teoría de la ciudadanía, Madrid, Alianza, 1997.
34. Erikson, E., Sociedad y adolescencia, México, siglo XXI, 1986.
35. Kroger, J., Identity in adolescence: the balance between self and other, New York, Routledge, 1996.
36. *Idem*
37. Rodgers, B. and Cowles, K., *Op. cit.*, J. Adv Nurs, 1997, 25: 1048- 1053.
38. Flaming, D., Patient suffering: a taxonomy from teh nurses pespective, J. Adv Nurs, 1995, 22: 1120-1127.
39. Rogers, A., *op. cit.*, J. Adv Nurs 1997, 26: 65-72.

Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria

Ana Marina Tzul, Edgar Kestler,
Bernardo Hernández-Prado y Carlos Hernández-Girón

Resumen

Objetivo. Estimar la asociación entre características obstétricas, sociodemográficas y factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna hospitalaria y no hospitalaria en Guatemala durante el año 2000. **Material y métodos.** Se realizó un estudio epidemiológico transversal con 649 casos de muertes maternas (MM) ocurridas en la República de Guatemala durante el año 2000, en el que se compararon las características de las muertes maternas hospitalarias y no hospitalarias. **Resultados.** De 649 MM registradas, 270 (41.6%) se clasificaron como MM hospitalarias y 379 (58.4%) como MM no hospitalarias. La mayor proporción de muertes ocurrió en mujeres mayores de 35 años de edad (29.28%), indígenas (65.49%), casadas o unidas (87.83%), con ocupación no remunerada (94.78%), sin educación (66.56%). El riesgo de MM no hospitalaria fue mayor en mujeres del grupo indígena ($RM= 3.4$; $IC95\% 2.8-5.3$), con ocupación no remunerada ($RM= 8.95$; $IC95\% 1.7-46.4$), bajo nivel escolar ($RM= 1.96$; $IC95\% 1.0-3.8$), y hemorragia como causa básica de muerte ($RM= 4.28$; $IC95\% 2.3-7.9$). **Conclusiones.** De los 679 casos de MM ocurridas en Guatemala en el año 2000, 58% correspondió a MM no hospitalarias, lo que puede estar relacionado con el hecho de que una alta proporción de la población habita en áreas rurales o de alta marginalidad, además de aspectos culturales (mayoría indígena) que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Los resultados presentados pueden servir de orientación para determinar estrategias de intervención que prevengan la mortalidad materna en los ámbitos hospitalario y extrahospitalario, en Guatemala.

Palabras clave: muerte materna; factores de riesgo; epidemiología; Guatemala

Abstract

Objective: To estimate the association between obstetric and socio-demographic characteristics and risk factors related to intra- and extra-hospital maternal mortality in Guatemala during the year 2000. **Materials and Methods:** A cross-sectional epidemiologic study was carried out in 649 maternal mortality (MM) cases that occurred in Guatemala during 2000, comparing characteristics of intra- and extrahospital maternal deaths. Multivariate statistical analysis was conducted using Stata 7.0 software. **Results:** Out of 649 registered MM cases, 270 (41.6%) were classified as intrahospital MM and 379 (58.4%) as extra-hospital MM. A larger proportion of deaths occurred in women over 35 years of age (29.28%), those of indigenous ethnicity (65.49%), married or cohabiting (87.83%), who had unpaid employment (94.78%), and without formal education (66.56%). Compared with intrahospital MM cases, the risk of extra-hospital MM was greater among indigenous women (OR 3.4; CI95% 2.8-5.3), those who had unpaid employment (OR 8.95; CI95% 1.7-46.4), a low level of formal education (OR 1.96; CI95% 1.0-3.8) and hemorrhaging as the immediate cause of death (OR 4.28; CI95% 2.3-7.9). **Conclusions:** Although some characteristics of intra- and extra-hospital MM cases are similar, a greater proportion of deaths were extra-hospital. This could be related to the high percentage of the

population that lives in rural or marginalized areas, which in addition to certain cultural aspects (related to the fact that most of the population is indigenous) may impede access to health services. The results of this study can be useful for determining intervention strategies to prevent maternal mortality in intra- and extra-hospital contexts in Guatemala.

Key words: maternal mortality; risk factors; epidemiology; Guatemala

El panorama epidemiológico mundial de la mortalidad materna muestra contrastes importantes. A pesar de la tendencia descendente, las diferencias entre regiones y países son importantes. En países en vías de desarrollo, la razón de mortalidad materna (RMM) es 480 muertes maternas (MM) por 100 000 nacidos vivos (NV). En el ámbito mundial, América presenta una de las mayores desigualdades de mortalidad materna, lo cual se refleja al comparar la RMM de Canadá, con cuatro casos de MM por 100 000 NV, con la de Haití, con 523 casos de MM por 100 000 NV. Guatemala se encuentra entre los 11 países con los más altos índices de mortalidad materna de Latinoamérica.¹⁻⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado.^{1,5}

Diferentes estudios destacan la influencia que los factores sociodemográficos y obstétricos ejercen sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos. En Guatemala, para el año 2000, los datos informan que 73.5% de los partos (N= 425 410) ocurrió en la casa de la parturienta y sólo 26.35% tuvo lugar en los hospitales. Estas características determinan importantes diferencias entre MM hospitalaria y no hospitalaria.^{1,2,6-8}

A partir de los datos generados en la encuesta Línea Basal de Mortalidad Materna (LBMM 2000) se pretende identificar los factores relacionados con la ocurrencia de 649 casos de MM registradas durante el año 2000 en Guatemala, analizando las diferencias entre MM ocurridas en los servicios médicos (hospitalaria) y las ocurridas en el domicilio (no hospitalarias).

Material y métodos

Para la elaboración de la Línea Basal de Mortalidad Materna (LBMM), realizada por el Ministerio de Salud de Guatemala, se tomó en cuenta el total de mujeres que fallecieron en ese país durante el año 2000 (4 416 muertes). De esta base, se identificó a un total de 649 muertes maternas (MM) a partir de los *certificados de defunción* (de los registros municipales) de mujeres en edad fértil (10 a 49 años de edad). Para estos casos que se notificaron como MM se revisaron los datos de los certificados de defunción y del historial clínico de pacientes que fallecieron en los

hospitales; por otra parte, se realizó autopsia verbal en los casos de MM que ocurrieron tanto en el hospital como en el domicilio u otro sitio.

Se incluyó en el estudio a todas las muertes de mujeres entre 14 y 49 años de edad que fallecieron por causas maternas en la República de Guatemala durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2000.

Se excluyeron los casos de mujeres en edad fértil muertas por causas diferentes a la materna y mujeres embarazadas fallecidas por causas diferentes a la materna. Para la recolección de los datos se utilizaron tres instrumentos diferentes:

1. *Registro de muerte*: para identificar todas las muertes de mujeres en edad fértil en los registros civiles de todos los municipios y departamentos de Guatemala, se procedió a revisar los datos de toda mujer con causa de muerte relacionada con el embarazo, parto o puerperio y que estuviera en edad fértil (14-49 años). La información se recolectó por medio de una boleta (Formulario A) que comprendía datos generales e historia obstétrica. Luego se procedió a llenar dos formularios adicionales.
2. *Autopsia verbal de la muerte*: aplicado por un médico del Ministerio de Salud, durante el primer mes después de ocurrida la muerte, en la casa de habitación de las mujeres, al familiar más cercano, comprendía: datos generales de la paciente y características ginecobstétricas y de atención del parto. Para proceder a realizar la autopsia verbal se solicitó el consentimiento informado de la persona que fungió como informante (familiar más cercano).
3. *Formulario de codificación de datos de la muerte materna*: se tomó como referencia de muerte materna la definición que se encuentra en la 10a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (“muerte materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”).⁹ Se codificaron los datos obtenidos y de esa manera se obtuvo el diagnóstico preciso de la causa de muerte.

De acuerdo con el lugar de ocurrencia de la muerte se formaron dos grupos de comparación, los cuales se definieron de la siguiente manera:

- Muertes maternas hospitalarias ($n= 270$): aquellas muertes que en la base de datos registren el lugar de ocurrencia como hospitales públicos o privados (casos que tuvieron registro de ingreso hospitalario en centro de atención de segundo y tercer nivel).
- Muertes maternas no hospitalarias ($n= 379$): aquellas muertes en las que se registró en la base de datos el lugar de ocurrencia como las casas donde vivían las difuntas, vía pública y otros (casos que no tuvieron registro de ingreso hospitalario).

Como variable dependiente se analizó el sitio de ocurrencia de la muerte materna (hospitalaria y no hospitalaria) y como variables independientes se analizaron factores socioeconómicos (edad, estado civil, grupo étnico, ocupación, grado de educación, lugar de residencia, persona que asistió el parto) y factores clínicos (número de embarazos, edad gestacional, resultado del embarazo, tipo de parto, causa de muerte, condición asociada a la muerte, días entre la muerte y la finalización del embarazo y la clasificación final de la muerte).

Para el análisis estadístico se realizó un análisis descriptivo, se utilizaron pruebas *t* y ji cuadrada para variables continuas y categóricas, respectivamente. Para estimar el riesgo de muerte no hospitalaria asociado a las variables sociodemográficas y obstétricas de interés se calcularon razones de momios (*RM*) cruda y ajustada con un intervalo de confianza (IC) de 95%, por medio de un análisis bivariado y multivariado, y se ajustaron modelos de regresión logística que permitieran relacionar las variables con la ocurrencia de muertes maternas no hospitalarias. Para el análisis se utilizó el programa estadístico STATA 7*.

Resultados

En Guatemala, en el año 2000, se registraron 649 muertes maternas (MM), que corresponden a una razón de mortalidad materna de 153 por 100 000 nacidos vivos. Para este estudio los casos de MM se clasificaron en dos grupos: 270 (41.6%) muertes hospitalarias y 379 (58.4%) muertes no hospitalarias.

Características sociodemográficas

La mayor proporción de muertes ocurrió en mujeres mayores de 35 años de edad (30.87% no hospitalarias y 27.0% hospitalarias). Referente a la media de edad de las mujeres fallecidas, clasificadas como MM hospitalaria (28.4 años) y MM no hospitalaria (29.2 años), no se encontró diferencia de significación estadística ($p = > 0.05$) (cuadros I y II).

La mayor proporción de muertes, tanto en hospitales (41.48%) como fuera de éstos (82.59%), sucedió en mujeres indígenas; en relación con el estado civil, en ambos grupos la mayor proporción de mujeres estaba casada o unida (hospitalario 79.77% y no hospitalario 92.77%). La proporción de mujeres con una ocupación no remunerada fue alta en ambos grupos, 98.9% en MM no hospitalarias y 88.8% hospitalarias (88.76%) (cuadro II).

El grado de educación fue bajo en ambos grupos. La proporción de analfabetismo fue 63% en las MM hospitalarias y 69% en las MM no hospitalarias. La media de años de escolaridad fue 2.1 y 1.1 años, respectivamente. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (cuadros I y II).

* Stata Corporation. Versión 7.0 Stata . College Station, 2002.

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS RELACIONADAS CON LAS MUERTES MATERNAS HOSPITALARIAS Y NO HOSPITALARIAS. GUATEMALA, 2000

| Factores relacionados | Muerte hospitalaria (n= 270) | | | | Muerte no hospitalaria (n= 379) | | | | Valor p |
|--|------------------------------|-------|-------|-------|---------------------------------|-------|------|-------|---------|
| | n | Media | DE* | Rango | n | Media | DE* | Rango | |
| Edad (años) | 270 | 28.42 | 7.87 | 16-46 | 379 | 29.23 | 8.14 | 14-48 | 0.2054 |
| Educación (años) | 270 | 2.11 | 3.51 | 0-15 | 379 | 1.12 | 2.25 | 0-15 | 0.0001 |
| Gestaciones previas (embarazos) | 241 | 3.51 | 3.49 | 0-18 | 371 | 4.66 | 3.63 | 0-20 | 0.0001 |
| Edad gestacional (semanas) | 185 | 33.82 | 9.81 | 4-42 | 300 | 37.72 | 6.29 | 8-42 | 0.0000 |
| Tiempo entre resolución del embarazo y muerte (días) | 213 | 5.59 | 22.18 | 0-311 | 328 | 1.93 | 6.14 | 0-54 | 0.0194 |
| Tiempo entre ingreso hospitalario y muerte† (días) | 229 | 4.19 | 10.69 | 0-93 | NA | NA | NA | NA | NA |

* Desviación estándar

† Esta variable es aplicable sólo a las muertes hospitalarias

NA: No aplica

Fuente: base de datos Línea Basal de Mortalidad Materna Guatemala 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON 649 MUERTES MATERNAS HOSPITALARIAS Y NO HOSPITALARIAS. GUATEMALA, 2000

| Variables | Muertes totales n= 649 | | Muertes hospitalarias n= 270 | | Muertes no hospitalarias n= 379 | | Valor p |
|---|------------------------|-------|------------------------------|-------|---------------------------------|-------|---------|
| | n | % | n | % | N | % | |
| Edad | | | | | | | |
| < de 19 años | 91 | 14.02 | 39 | 14.44 | 52 | 13.72 | 0.774 |
| 20-24 | 138 | 21.26 | 63 | 23.33 | 75 | 29.79 | |
| 25-29 | 114 | 17.57 | 47 | 17.41 | 67 | 17.68 | |
| 30-34 | 116 | 17.87 | 48 | 17.78 | 68 | 17.94 | |
| 35 o más | 190 | 29.28 | 73 | 27.04 | 117 | 30.87 | |
| Grupo étnico | | | | | | | |
| Indígena | 425 | 65.49 | 112 | 41.48 | 313 | 82.59 | 0.000 |
| No indígena | 155 | 23.88 | 101 | 37.41 | 54 | 14.25 | |
| Desconocido | 69 | 10.63 | 57 | 21.11 | 12 | 3.17 | |
| Estado civil* | | | | | | | |
| Casada/unida | 555 | 87.13 | 209 | 79.77 | 346 | 92.27 | 0.000 |
| Nunca casada/soltera | 77 | 12.09 | 51 | 19.47 | 26 | 6.93 | |
| Separada/viuda | 5 | 0.78 | 2 | 0.76 | 3 | 0.80 | |
| Ocupación* | | | | | | | |
| No remunerada | 599 | 94.78 | 229 | 88.76 | 370 | 98.93 | 0.000 |
| Remunerada | 33 | 5.22 | 29 | 11.24 | 4 | 1.07 | |
| Educación | | | | | | | |
| Sin educación | 432 | 66.56 | 171 | 63.33 | 261 | 68.87 | 0.000 |
| Primaria | 184 | 23.85 | 73 | 27.04 | 111 | 29.29 | |
| Secundaria | 15 | 2.31 | 11 | 4.07 | 4 | 1.06 | |
| Bachillerato | 9 | 1.39 | 9 | 3.33 | 0 | 0.00 | |
| Universitaria | 9 | 1.39 | 6 | 2.22 | 3 | 0.79 | |
| Lugar de residencia (por regiones) | | | | | | | |
| Suroeste | 152 | 23.24 | 69 | 25.56 | 83 | 21.90 | 0.000 |
| Noroeste | 148 | 22.80 | 33 | 12.22 | 115 | 30.34 | |
| Norte | 101 | 15.56 | 20 | 7.41 | 81 | 21.37 | |
| Metropolitana | 79 | 12.17 | 67 | 24.81 | 12 | 3.17 | |
| Noreste | 56 | 8.63 | 22 | 8.15 | 34 | 8.97 | |
| Central | 54 | 8.32 | 36 | 13.33 | 18 | 4.75 | |
| Sureste | 33 | 5.08 | 18 | 6.67 | 15 | 3.96 | |
| Petén | 26 | 4.01 | 5 | 1.85 | 21 | 5.54 | |
| Lugar donde ocurrió la muerte (por regiones) | | | | | | | |
| Noroeste | 144 | 22.19 | 29 | 10.74 | 115 | 30.34 | 0.000 |
| Suroeste | 139 | 21.42 | 56 | 20.74 | 83 | 21.90 | |
| Metropolitana | 135 | 20.80 | 123 | 45.56 | 12 | 3.17 | |
| Norte | 95 | 14.64 | 14 | 5.19 | 81 | 21.37 | |
| Noreste | 48 | 7.40 | 14 | 5.19 | 34 | 8.97 | |
| Central | 40 | 6.16 | 22 | 8.15 | 18 | 4.75 | |
| Petén | 26 | 4.01 | 5 | 1.85 | 21 | 5.54 | |
| Sureste | 22 | 3.39 | 7 | 2.59 | 15 | 3.96 | |

* Los totales de estas variables varían de acuerdo con los valores perdidos

Fuente: base de datos Línea Basal de Mortalidad Materna Guatemala 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

Cuadro III
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS RELACIONADAS CON 649 MUERTES MATERNAS HOSPITALARIAS Y NO HOSPITALARIAS. GUATEMALA, 2000

| Variables | Muertes totales n= 649 | | Muertes hospitalarias n= 270 | | Muertes no hospitalarias n= 379 | | Valor p |
|---|---------------------------|-------|---------------------------------|-------|------------------------------------|-------|---------|
| | n | % | N | % | n | % | |
| Número de gestaciones previas* | | | | | | | |
| Ninguno | 94 | 15.36 | 47 | 19.50 | 47 | 12.67 | 0.003 |
| 1-3 embarazos | 207 | 33.82 | 91 | 37.76 | 116 | 31.27 | |
| 4 o más embarazos | 311 | 50.82 | 103 | 42.74 | 208 | 56.06 | |
| Periodo del embarazo al momento de la muerte materna | | | | | | | |
| Menor a 20 sem. (aborto) | 41 | 6.32 | 30 | 11.11 | 11 | 2.90 | 0.000 |
| De 20 a 27 sem. (parto producto inmaduro) | 19 | 2.93 | 6 | 2.22 | 13 | 3.43 | |
| De 28 a 37 sem. (parto producto prematuro) | 66 | 10.17 | 40 | 14.81 | 26 | 6.86 | |
| De 38 a 41 sem. (parto producto a término) | 345 | 53.16 | 105 | 38.89 | 240 | 63.32 | |
| 42 o más semanas (parto postérmino) | 14 | 2.16 | 4 | 1.48 | 10 | 2.64 | |
| Desconocido | 164 | 25.27 | 85 | 31.48 | 79 | 20.84 | |
| Resultado del embarazo | | | | | | | |
| Nació vivo | 442 | 68.10 | 157 | 58.15 | 285 | 75.20 | 0.000 |
| Nació muerto | 63 | 9.71 | 37 | 13.70 | 26 | 6.86 | |
| Aborto | 61 | 9.40 | 39 | 14.44 | 22 | 5.80 | |
| No nació | 38 | 5.86 | 18 | 6.67 | 20 | 5.28 | |
| Embarazo ectópico | 4 | 0.62 | 4 | 1.48 | 0 | 0.00 | |
| Desconocido | 41 | 6.32 | 15 | 5.56 | 26 | 6.86 | |
| Lugar donde finalizó el embarazo | | | | | | | |
| No hospital | 385 | 59.32 | 46 | 17.04 | 339 | 89.45 | 0.000 |
| Hospital | 200 | 30.82 | 186 | 68.89 | 14 | 3.69 | |
| Desconocido | 64 | 9.86 | 38 | 14.07 | 26 | 6.86 | |
| Personal que atendió el parto | | | | | | | |
| Comadrona | 264 | 40.68 | 37 | 13.70 | 227 | 59.89 | 0.000 |
| Médico | 202 | 31.12 | 185 | 68.52 | 17 | 4.49 | |
| Familiar | 132 | 20.34 | 25 | 9.26 | 107 | 28.23 | |
| Desconocido | 51 | 7.86 | 23 | 8.52 | 28 | 7.39 | |
| Causa de muerte inmediata* | | | | | | | |
| Hemorragia | 377 | 58.72 | 98 | 36.57 | 279 | 74.60 | |
| Infección | 117 | 18.22 | 71 | 26.49 | 46 | 12.30 | |
| Otra causa de muerte | 62 | 9.65 | 42 | 15.67 | 20 | 5.35 | |
| Eclampsia | 47 | 7.32 | 29 | 10.82 | 18 | 4.81 | 0.000 |
| Preeclampsia | 28 | 4.36 | 21 | 7.84 | 7 | 1.87 | |
| Embolismo | 7 | 1.09 | 4 | 1.49 | 3 | 0.80 | |
| Complicaciones de hipertensión no específicas | 4 | 0.62 | 3 | 1.12 | 1 | 0.27 | |
| Tiempo entre resolución del embarazo y muerte (días) | | | | | | | |
| El mismo día | 342 | 52.70 | 90 | 33.33 | 252 | 66.49 | 0.000 |
| Menos de 48 horas | 76 | 11.71 | 44 | 16.30 | 32 | 8.44 | |
| Menos de 7 días | 58 | 8.49 | 44 | 16.30 | 14 | 3.69 | |
| Más de 7 días | 65 | 10.02 | 35 | 12.96 | 30 | 7.92 | |
| Desconocidos | 108 | 16.64 | 57 | 21.11 | 51 | 13.46 | |

* Los totales de estas variables varían de acuerdo con los valores perdidos

Fuente: base de datos Línea Basal de Mortalidad Materna Guatemala 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

Para ubicar el lugar donde se registró el caso de MM, se agruparon los departamentos en ocho regiones, de acuerdo con la clasificación que utiliza el Ministerio de Salud Pública (suroeste, sureste, noroeste, noroeste, norte, Petén, central y metropolitana). La mayor parte de casos de MM sucedió en la zona noroeste. Se encontró que para los casos de MM hospitalaria la mayor proporción ocurrió en la zona metropolitana (45.6%) y zona suroeste (20.7%), mientras que casi todos los casos de MM no hospitalarias acontecieron en la zona noroeste (30.3%), sureste (21.9%) y norte (21.4%) (cuadro II).

Características obstétricas

La media de embarazos en toda su vida fue mayor para el grupo de MM hospitalaria que para el grupo de MM no hospitalaria (3.5 y 4.6 embarazos, respectivamente). Esta diferencia tuvo significación estadística ($p < 0.05$) (cuadro II).

Al analizar el periodo del embarazo (edad gestacional) al momento de la muerte materna, se encontró que la media de edad gestacional en MM hospitalarias (33.8 semanas) fue menor que la de las MM no hospitalarias (37.7 semanas); no obstante, en ambos grupos se presentó una importante proporción de datos desconocidos sobre el periodo de gestación (31.48% y 20.54%, respectivamente). En relación con las MM ocurridas antes de las 20 semanas de gestación, se encontró un total de 6.3%, con predominio de casos de MM hospitalaria comparados con las MM no hospitalarias (11.1% y 2.9%, respectivamente). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (cuadros I y III).

Referente a la persona que atendió el parto de los casos de MM, el médico fue sobre todo la persona que asistió los casos de MM hospitalaria (68.52%), contrario a lo que ocurrió en los casos de MM no hospitalaria donde la mayor proporción de partos estuvo en manos de una partera tradicional (comadrona) (59.89%), seguida por familiares (28.23%) (cuadro III).

El principal resultado del embarazo, tanto en el grupo de MM hospitalaria como en el de MM no hospitalaria, fue nacido vivo (58.2% y 75.2%, respectivamente). Al analizar la causa básica de muerte en los casos de MM hospitalaria se encuentra que la mayoría de mujeres murió por hemorragia (36.7%), seguida de las infecciones (26.5%); en el grupo no hospitalario la mayores causas de muerte fueron hemorragia (74.6%) e infecciones (12.5%). Estas diferencias tuvieron significación estadística ($p < 0.05$) (cuadro III).

La media del tiempo transcurrido entre la resolución del embarazo y la muerte materna fue estadísticamente diferente entre ambos grupos -hospitalario 5.59 días y no hospitalario 1.93 días- ($p < 0.05$). La mayor proporción de muertes se presentó el mismo día del parto, tanto para las muertes hospitalarias como para las no hospitalarias (33.3% y 66.5%, respectivamente).

Para el grupo de muertes hospitalarias se analizó el periodo de tiempo que transcurrió entre el ingreso hospitalario y la muerte, y se encontró que en promedio fue de 4.19 días (cuadros I y III).

En el certificado de defunción la causa de muerte se encontró asociada al embarazo en 56.7% de los casos de muerte hospitalaria y en 55.7% de los casos de muerte no hospitalaria. Fueron médicos quienes emitieron los certificados en casi todos los casos de las muertes hospitalarias (96.25%), comparado con casi la mitad de los casos de muertes no hospitalarias (53.7%). Se realizó autopsia verbal en 46.30% de los casos del grupo hospitalario y en 82.59% del grupo no hospitalario. Según la clasificación internacional de las enfermedades (CIE, 10a edición), la defunción obstétrica directa fue en ambos grupos la más frecuente (84.07 y 93.93%, respectivamente) (cuadro IV).

Factores relacionados con la mortalidad materna no hospitalaria

Si se comparan las muertes maternas ocurridas en el hospital (MM hospitalaria) con las muertes maternas ocurridas fuera del hospital (MM no hospitalaria, hogar, calle, otro), se reconoce que los factores relacionados con la probabilidad de morir fuera del hospital, ajustados en el modelo multivariado, fueron: edad menor de 20 años de edad, en comparación con las mujeres de 25 a 29 años ($RM= 2.0$; $IC95\% 0.8-5.3$); pertenecer a una etnia indígena implica tres veces más posibilidad de morir fuera del hospital que no serlo ($RM= 3.4$; $IC95\% 2.0-5.3$) (cuadro V).

Carecer de una ocupación remunerada incrementa nueve veces la posibilidad de morir fuera del hospital ($RM= 8.9$; $IC95\% 1.7-46.4$). La posibilidad de MM no hospitalaria es el doble si la mujer estuvo privada de educación o tiene la primaria incompleta ($RM= 2.0$; $IC95\% 1.0-3.8$) (cuadro V).

El antecedente de cuatro o más embarazos previos implicó un riesgo 1.6 veces mayor de MM no hospitalaria, aunque resultó marginalmente significativo comparado con el de las mujeres que presentaban el antecedente de uno a tres embarazos ($RM= 1.6$; $IC95\% 0.8-3.3$). Quienes obtuvieron un producto a término (38 o más semanas de gestación) exhibieron un riesgo tres veces mayor de MM no hospitalaria ($RM= 3.6$; $IC95\% 1.4-9.3$), comparado con el de las que llegan a menos de 20 semanas de gestación. La hemorragia incrementa cuatro veces la posibilidad de MM no hospitalaria ($RM= 4.3$; $IC95\% 2.3-7.9$).

La zonas geográficas de procedencia de los casos de MM representaron un mayor riesgo de MM hospitalaria en la región norte y el Petén, comparadas con el área metropolitana de la ciudad de Guatemala ($RM= 4.2$; $IC95\% 1.8-10.0$) (cuadro V).

Cuadro V
VARIABLES ASOCIADAS CON MUERTES MATERNAS NO HOSPITALARIAS EN GUATEMALA EN EL AÑO 2000

| Variables | Total n= 649 | RM ajustada por edad | | RM ajustada* | |
|--|-----------------|----------------------|------------|--------------|------------|
| | | RM | IC95% | RM | IC95% |
| Edad (años) | | | | | |
| < 19 años | 91 | 0.93 | 0.53-1.63 | 2.06 | 0.80-5.30 |
| 20-24 años | 138 | 0.83 | 0.51-1.38 | 1.07 | 0.47-2.41 |
| 25-29 años | 114 | 1 | | 1 | |
| 30-34 años | 116 | 0.99 | 0.59-1.68 | 0.95 | 0.40-2.23 |
| > 35 años | 190 | 1.12 | 0.70-1.81 | 0.57 | 0.25-1.27 |
| Grupo étnico[‡] | | | | | |
| No Indígena | 155 | 1 | | 1 | |
| Indígena | 425 | 5.19 | 3.49-1.03 | 3.42 | 2.0-5.30 |
| Estado civil[‡] | | | | | |
| Con pareja | 555 | 1 | | 1 | |
| Sin pareja | 82 | 0.34 | 0.21-0.55 | 0.75 | 0.33-1.73 |
| Ocupación[‡] | | | | | |
| Remunerada | 33 | 1 | | 1 | |
| No remunerada | 599 | 11.48 | 3.98-33.12 | 8.95 | 1.73-46.36 |
| Educación | | | | | |
| Mayor a primaria | 97 | 1 | | 1 | |
| Sin educación/primaria Incompleta | 552 | 2.73 | 1.73-4.28 | 1.96 | 1.00-3.83 |
| Lugar de residencia (regiones) | | | | | |
| Sureste | 33 | 2.87 | 1.29-6.37 | 3.88 | 1.08-13.91 |
| Noreste | 56 | 5.24 | 2.68-10.28 | 5.55 | 0.23-6.33 |
| Norte y Petén | 127 | 13.93 | 7.66-25.32 | 4.25 | 1.80-10.00 |
| Central y Metropolitana | 133 | 1 | | 1 | |
| Noroeste | 148 | 11.86 | 6.76-20.82 | 3.12 | 1.29-7.57 |
| Suroeste | 152 | 4.12 | 2.45-6.91 | 2.37 | 1.06-5.31 |
| Número de gestaciones previas[‡] | | | | | |
| Ninguna | 94 | 0.71 | 0.43-1.18 | 0.88 | 0.38-2.01 |
| 1-3 embarazos | 207 | 1 | | 1 | |
| 4 o más embarazos | 311 | 2.11 | 1.32-3.38 | 1.59 | 0.77-3.28 |
| Periodo del embarazo al momento de la muerte[‡] | | | | | |
| Menos de 20 semanas (aborto) | 41 | 1 | | 1 | |
| De 20 a 37 semanas (parto producto Inmaduro/prematuro) | 85 | 2.30 | 1.02-5.18 | 3.45 | 1.20-9.92 |
| De 38 a más de 41 semanas (parto producto a término/posttérmino) | 360 | 6.19 | 2.99-12.82 | 3.65 | 1.43-9.28 |
| Causa de muerte inmediata[‡] | | | | | |
| Hemorragias | 377 | 5.82 | 3.83-8.83 | 4.28 | 2.32-7.91 |
| Infecciones | 117 | 1.31 | 0.79-2.17 | 1.20 | 0.58-2.49 |
| Otros problemas | 148 | 1 | | 1 | |

* Datos ajustados por todas las variables incluidas en el modelo

‡ Los totales de estas variables varían de acuerdo con los valores perdidos

Fuente: base de datos Línea Basal de Mortalidad Materna Guatemala 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

Cuadro IV
DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RELACIONADOS CON 649 MUERTES MATERNAS HOSPITALARIAS Y NO HOSPITALARIAS. GUATEMALA, 2000

| Variables* | Muertes totales n= 649 | | Muertes hospitalarias n= 270 | | Muertes no hospitalarias n= 379 | | Valor p |
|---|------------------------|-------|------------------------------|-------|---------------------------------|-------|---------|
| | n | % | N | % | n | % | |
| Persona que certifica la defunción | | | | | | | |
| Médico | 438 | 72.52 | 257 | 96.25 | 181 | 53.71 | 0.000 |
| Empírico | 89 | 14.74 | 8 | 3.00 | 69 | 20.47 | |
| Autoridad | 77 | 12.75 | 2 | 0.75 | 87 | 25.82 | |
| Causa de muerte en certificado de defunción | | | | | | | |
| Asociada al embarazo | 364 | 56.09 | 153 | 56.67 | 211 | 55.67 | 0.494 |
| No se menciona el embarazo | 232 | 35.75 | 99 | 36.67 | 133 | 35.09 | |
| No existe certificado | 53 | 8.17 | 18 | 6.67 | 35 | 9.23 | |
| Autopsia verbal | | | | | | | |
| Sí | 438 | 67.49 | 125 | 46.30 | 313 | 82.5 | 0.000 |
| No | 211 | 32.51 | 145 | 53.70 | 66 | 17.41 | |
| Clasificación final de la muerte | | | | | | | |
| Defunción obstétrica directa | 583 | 89.83 | 227 | 84.07 | 356 | 93.93 | 0.000 |
| Defunción obstétrica indirecta | 66 | 10.17 | 43 | 15.93 | 23 | 6.07 | |

* Los totales de estas variables varían de acuerdo con los valores perdidos

Fuente: base de datos Línea Basal de Mortalidad Materna Guatemala 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

Discusión

Los resultados obtenidos del análisis realizado en este estudio muestran que las características de las mujeres que fallecieron en la República de Guatemala por causa materna en el año 2000 se comportaron de diferente manera en los grupos estudiados -hospitalario y no hospitalario-.

La mayor proporción de muertes maternas fueron no hospitalarias; esto puede estar relacionado con el hecho de que una alta proporción de esta población habita en áreas rurales o de alta marginalidad, en las que se tienen limitantes para el acceso a centros de salud, donde la atención del parto está en manos de personal capacitado, y donde se dan condiciones culturales que pueden influir para que el mayor porcentaje de partos, y por tanto de muertes, ocurra en lugares distintos a los hospitales. Similares hallazgos comunicó Kestler en Guatemala en 1986,¹⁰ que difieren de lo publicado en países como República Dominicana, donde la mayor proporción de partos ocurre en los hospitales, y por tanto el número de muertes maternas es mayor en estos sitios.^{4,11,12}

Se encontró que la mayor proporción de MM ocurre en mayores de 35 años de edad, tanto a nivel hospitalario como no hospitalario, y ésta es una realidad que se ha mantenido en los últimos años, y que es consistente con otros informes como el estudio de Kestler y Ramírez, en Guatemala, del periodo 1993-1996,¹³ en que

identificaron esta edad como la de mayor riesgo. La literatura internacional respalda el hecho de que esta complicación se presenta con mayor agudeza en los extremos de la edad reproductiva (menores de 20 años y mayores de 35 años).^{2,4,11,14,15}

Entre los hallazgos destaca el hecho que sean las mujeres indígenas -tanto en muertes hospitalarias como no hospitalarias- el grupo más vulnerable. En Guatemala la población indígena constituye 48% de la población total, y habita en áreas rurales o marginales de las ciudades importantes; de manera predominante presenta niveles de pobreza extrema, grado de educación bajo, factores éstos que, al conjugarse con otros aspectos culturales de las poblaciones indígenas que las pone en desventaja, son limitantes para el acceso a los servicios de salud, todo lo cual los convierte en un grupo de alto riesgo. A pesar de que se han implementado acciones en busca de mejorar la salud de estas mujeres, este grupo sigue comportándose como el de mayor riesgo. Reducir la mortalidad materna en este grupo es una meta con bastante grado de dificultad en países como Guatemala, donde los aspectos culturales suelen ser importantes barreras por superar.^{10,16,17}

La causa principal de muerte fue hemorragia, tanto en el grupo hospitalario como en el no hospitalario. La infección fue la segunda causa de muerte en el grupo hospitalario. Estos resultados concuerdan con lo que refiere la literatura en relación con las muertes maternas, en el sentido de que disminuirían con sólo garantizar una atención obstétrica de calidad, sobre todo al momento del parto, y que éste se dé en condiciones adecuadas, con el insumo médico mínimo y con la atención de personal de salud calificado.^{2,5,6,18}

En muertes no hospitalarias la mayor proporción de mujeres residía y murió en la región noroeste; este dato es importante dado que esta región está constituida únicamente por dos departamentos -Huehuetenango y Quiché-, considerados con alto grado de marginación. En estos casos fueron comadronas y familiares quienes asistieron el parto. Se considera que la inaccesibilidad a los servicios de la salud, la baja calidad de atención recibida en el parto, los niveles altos de pobreza y las barreras culturales son condiciones que pueden influir en este comportamiento.^{2,5,6,18}

Es importante destacar que en todos los casos de MM la mayor proporción de las muertes se presentó el mismo día en el que finalizó el embarazo -MM no hospitalaria 33% y MM hospitalaria 66%- , lo que concuerda con lo que informan las publicaciones acerca de que la atención de emergencias obstétricas, la atención por personal capacitado y el control posparto son factores importantes a considerar para reducir la mortalidad materna.^{5,13,19,20}

Los factores relacionados con las muertes maternas no hospitalarias son similares a los descritos en un estudio realizado por Kestler, en Guatemala, en 1986, y con estudios efectuados en otras regiones^{2,4,10} -mujeres mayores de 35 años, indígenas, con ocupación no remunerada, sin educación o con primaria incompleta, con embarazo a término, cuyo producto haya nacido vivo, atendido por comadrona, y con diagnóstico final de hemorragia son las que mayor riesgo corren de morir-, aunque al ajustar estas variables se encuentra que algunos de estos factores se modifican por el efecto de los demás, y así se reconocen como datos relevantes que el riesgo se incrementa dos

veces en mujeres de 30 a 34 años, indígenas, sin pareja, pero que el riesgo de morir se incrementa ocho veces si se tiene una ocupación no remunerada.

Por otra parte, también se ha estudiado el efecto de la accesibilidad a los servicios y la utilización oportuna de los mismos. Así, se han identificado la distancia y los tiempos de transportación y de espera como obstáculos para obtener la atención requerida y, en consecuencia, como factores de riesgo para la muerte materna. De esta manera, las mujeres con mayor nivel socioeconómico cuentan con más posibilidades para que se les detecten problemas en el embarazo y recibir atención a tiempo, con mejores perspectivas de sobrevivida. Las muertes que no se verifican en el ámbito hospitalario podrían reflejar características más adversas en el contexto social y geográfico, que necesitan estudiarse.

Como limitaciones del estudio se puede considerar el hecho de que los datos empleados en el mismo se obtuvieron de registros civiles, certificados de defunción y autopsias verbales de muertes de mujeres en edad reproductiva en Guatemala durante el año 2000, por lo que se considera que esta información pueda tener algunas diferencias entre el comportamiento de la mortalidad materna hospitalaria y no hospitalaria.

Aunado a lo anterior, el retraso y subregistro en la información pueden también generar limitantes en el análisis comparativo entre muertes hospitalarias y no hospitalarias (sesgo de información), como queda de manifiesto en la proporción de respuesta desconocida. El hecho que los datos se obtuvieran por medio de autopsia verbal también pudo ocasionar sesgos de memoria al obtener la información.²¹⁻²²

Estas limitantes de errores y deficiencias en la obtención de información se compensaron con el análisis inferencial estadístico multivariado, que incluyó ajuste por todas las variables potencialmente confusoras.

Agradecimiento

A las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala su colaboración en la realización del presente estudio, al permitir el uso de la base de datos de la Línea Basal de Mortalidad Materna (LBMM) 2000, en especial al doctor Roberto Santizo, director del Programa de Salud Reproductiva, durante el periodo en que se realizó este estudio.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Maternidad Saludable. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/familia/maternidad.htm>. [Consultado 2003 feb 8].
2. Lozano R, Hernández B, Langer A. Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. Foro Mundial de Salud Reproductiva. Curso electrónico: cultura, salud y reproducción. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/_Spanish/course/sesion6/lozano.html. [Consultado 2003 feb 6].
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de Mortalidad Materna. Disponible en: <http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/s-sexual/downloads/plan-estrat-mortalidadmaterna.pdf>» www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/s-sexual/downloads/plan-estrat-mortalidad-materna.pdf. [Consultado 2003 agosto 24].

4. Schwarcz R. Maternal mortality in Latin America and the Caribbean. *Lancet* 2000;356 suppl S11:3245-3267.
5. Organización Panamericana de la Salud. Reducir la mortalidad materna es prioridad diaria de la OPS. Información de Prensa. Mayo 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>. [Consultado 2003 mayo 9].
6. World Health Organization. Reduction of maternal mortality. Anoint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. Ginebra: WHO,1999.
7. Aguilar N. Hechos y reflexiones sobre la mortalidad materna. *Revista Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología* 2001;17-18.
8. Instituto Nacional de Estadística. Base de Datos de Nacimientos 2000. Guatemala: INE, 2002.
9. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª. Revision. Washington, D.C.: OPS 1995. Pub. Científica No. 554.
10. Kestler E. Guatemala: maternal mortality in Guatemala: assessing the gap, beginning to bridge it. *World Health Stat Q* 1995;48:28-33.
11. Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, México. *Salud Publica Mex* 1994;36(5):521-528.
12. Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social, USAID, Population Council. Strategic Assessment of Reproductive Health in the Dominican Republic. [Final Report]. Population Council. Santo Domingo;2002.
13. Kestler E, Ramírez L. Pregnancy related mortality in Guatemala 1993-996. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7(1):41-46.
14. Reyes S. Mortalidad materna en México. México: Subdirección General Médica. IMSS. Jefatura de Servicios de Investigación Médica, 1994.
15. Salazar A, Vásquez M. Mortalidad materna en Cali ¿una década sin cambios? *Colomb Med* 1996;27(3-4):117-124.
16. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. *WHO Chron* 1986;40(5):195-205.
17. Fuentes A, Pages D, *et. al.* Mortalidad materna: algunos factores a considerar. 1986-1995. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 1998;24 (2):80-85.
18. Rendon L, Langer A, Hernández B. Women's living conditions and maternal mortality in Latin America. *Bull of Saint Panam* 1993;27(1):56-64.
19. Network. Elementos claves para reducir la mortalidad materna. *Boletín trimestral de salud.* 2002. 22(2). Disponible en: <http://www.reproline.jhu.edu.-/spanish/6read/6issues/network/v22-2/ns22211.html>.
20. Network. Una mejor atención en el posparto salva vidas. *Boletín trimestral de salud.* 1997.17(4). Disponible en: <http://www.reproline.jhu.edu.-/spanish/6read/6issues/network/v17-4/nt1744s.html>.
21. Sloan N, Langer A, Hernández B, Romero M, Winikoff B. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us. *Bull World Health Organ* 2001; 79(9):805-810.
22. Langer A. Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico. A multi-center verbal autopsies study. México, DF: National Safe Motherhood Committee of Mexico, 1998. [Ponencia].

BIBLIOGRAFÍA

- Buform, J., Ferrer, E., Rubia, A., Piquer, C. y real, A. (2001) [Estudio de prevalencia del paciente sondado en Artículos Científicos del Colegio de Enfermería de Valencia.](#) No. 56. España.
<http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/articulos/rev56/artic01.htm>
[consulta el 2 de septiembre de 2015]
- Canaval, G., González, M., Martínez-Schallmose, L., Tovar, M. y Valencia, C. (2000) [Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia en Colombia Médica.](#) Vol 31 no. 1. Corporación Editora Médica del Valle. Colombia. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n4/v16n4a06.pdf> [consulta 2 de septiembre de 2015]
- De la Cuesta, C. (1999) [Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección](#) en *Salud Pública de México*. vol. 41, no 2. México. Disponible en <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001593> [consulta 2 de septiembre de 2015]
- Gallegos, E. y Bañuelos, Y. (2004) [Conductas protectoras de salud en adultos con diabetes mellitus tipo II](#) en *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol XXII no. 2. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia, Colombia. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105216892003.pdf> [consulta 2 de septiembre de 2015]
- Lugo, N. [El mundo afectivo de la adolescente embarazada](#) en *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol XX no 1. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Colombia <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2002/El%20mundo%20afectivo.htm> [consulta el 25 de abril del 2007]
- Lugo N. [El mundo afectivo de la adolescente embarazada](#) disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105217873008.pdf> [consulta 2 de septiembre de 2015]
- Pelcastre, B., Garrido, F. y De León, V. (2001) [Menopausia: representaciones sociales y prácticas](#) en *Salud Pública de México*. vol. 43 no. 5. México. Disponible en <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000318> [consulta 2 de septiembre de 2015]
- Tzul A. M., Kestler E., Hernández-Prado B. y Hernández-Girón C. (2006) [Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria](#) *Salud Pública Méx*; Vol. 48(3):183-192 Rev elect disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000300002&script=sci_arttext [consulta 2 de septiembre de 2015]
-

