



19 artículo

Maria José Fernández de Sanmamed [[Buscar autor en Medline](#)]



La complementariedad de metodologías en investigación en Atención Primaria.

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

La complementariedad por deficiencia.

El objetivo de la actividad científica y de la investigación es aproximarnos lo más posible al conocimiento de la realidad. Diversos autores afirman que la realidad siempre trasciende a la ciencia y que nunca llegaremos a conocer una realidad o un objeto de estudio en toda su alteridad, en toda su complejidad.

Lo que la actividad científica hace es colocar piezas de un gran puzzle que es el objeto o fenómeno de estudio, siendo conscientes que nunca lo completaremos. Es por esto, que si queremos maximizar las piezas del puzzle tenemos que utilizar todas las metodologías del conocimiento de las que disponemos para acceder a las diferentes vertientes, aristas, facetas de un mismo fenómeno. Desde esta visión multifacética de los fenómenos y realidades, se aboga por una metodología pluralista¹ a la que Ortí llama complementariedad de metodologías por deficiencia², que implica la aceptación de las posibilidades y los límites de cada metodología y el reconocimiento de sus deficiencias en la representación y análisis de la realidad social.

Es en este sentido que en este capítulo abogaremos por la triangulación de la metodología cuantitativa y la cualitativa en la investigación y también en las prácticas y en los saberes-aprendizajes en Atención Primaria (AP). La triangulación, que fue definida por Denzin³ como la combinación de metodologías para el estudio de un mismo fenómeno, supone una forma de superar las limitaciones de cada una de las metodologías y de sumar sus fortalezas, en el esfuerzo de la ciencia por entender los fenómenos de la manera más holística posible.

Calderón y Fernández de Sanmamed⁴ señalan el carácter complejo, dinámico y cambiante de los fenómenos en AP, que nos obligan a tener presente tanto el conocimiento extensivo, basado en números y herramientas cuantificadoras, como a disponer de conocimiento intensivo-en profundidad propio de los procedimientos cualitativos. Este posicionamiento y preocupación ha alcanzado el ámbito de la Medicina Basada en la Evidencia que defiende también la complementariedad de las tradiciones cuantitativa y cualitativa y cuestiona aquella evidencia que se reduce solo a lo conocido con datos experimentales.

El conocimiento cualitativo en las Ciencias de la Salud: ¿Importado de otras disciplinas o consustancial a las mismas?

Habitualmente, al hablar del espacio del conocimiento cualitativo en las Ciencias de la Salud, se señala que es un campo de conocimientos importado desde otras disciplinas (la Antropología, la Sociología o la Psicología) que ha entrado en las Ciencias de la Salud en los últimos 50-60 años, ya que éstas han estado siempre enmarcadas en las Ciencias Naturales y por ello su paradigma científico correspondía al campo de la investigación cuantitativa.

No obstante, si reflexionamos sobre el conocimiento de nuestras disciplinas vemos que esto no es del todo cierto, sino que un amplio conocimiento y mirada cualitativa está y ha estado siempre presente en nuestros saberes.

¿Cómo se ha llegado a elaborar la teoría del duelo?, ¿Cómo se ha construido la **semiología** de los diferentes cuadros clínicos?. Indudablemente y como todos los médicos sabemos, mediante observaciones y entrevistas con personas afectadas por el problema. Es en este sentido, tal como señala Conde⁵, que afirmamos que las Ciencias de la Salud no

bibliografía

1. Vasilachis de Gialdino I. **Métodos Cualitativos. Los problemas teórico-epistemológicos**. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina;1992.
2. Ortí A. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En: Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis;1995. pp. 85-95.
3. Denzin KD. The research act. New York:McGraw-hill Book;1978.
4. Calderón Gómez C, Fernández de Sanmamed Santos MJ. Investigación cualitativa en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Elsevier España; 2008.
5. Conde Gutiérrez F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la Historia de la Medicina. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:395-408. Disponible en: <http://www.msc.es/resp>

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



son hoy ni lo han sido históricamente ciencias naturales ni ciencias sociales puras sino que participan de ambas. Representan un campo donde genuinamente se dan la mano las dos metodologías del conocimiento, la cuantitativa y la cualitativa, y constituyen unas disciplinas donde, como reitera Conde, el pluralismo metodológico es intrínseco a su práctica.

Las prácticas, saberes e investigación en Atención Primaria.

Si el pluralismo metodológico es consubstancial a las Ciencias de la Salud en el campo de la AP adquiere mucha más relevancia. Desde el trabajo centrado en las personas más que en enfermedades, con un enfoque holístico y biopsicosocial, todos los problemas que se nos presentan en AP tienen, tanto en las prácticas como en la investigación, una faceta que podría-debería ser abordada con metodología cuantitativa y otra que podría-debería ser abordada con metodología cualitativa. La vertiente cuantitativa estaría representada por aquella parte que se puede medir, contar y que representaría al signo, mientras que la cualitativa serían aquellas partes que pertenecen al campo de las percepciones, emociones, vivencias, opiniones, etc. Es decir, lo psicosocial, que estaría representado por los síntomas y su carácter contextual. Los signos-síntomas, están y han estado siempre presentes y de forma complementaria en las prácticas y saberes de la AP y también, aunque en menor medida, en las metodologías de investigación.

En la **figura 1**, que sigue a Upshur⁶ y ha sido tomada de Conde, se refleja el espacio de las prácticas, los saberes y las metodologías en las ciencias de la salud. La figura se construye a partir de 2 ejes: uno que representa los acontecimientos individuales-singulares y su traslación al espacio de lo colectivo-generalizable, el otro representaría la línea de tensión existente entre lo objetivo-el signo y lo subjetivo-el síntoma. Este último eje delimita dos subespacios, uno inferior que se refiere al campo de actuación de la medicina clínica (y donde estaría enmarcada la práctica de los profesionales de AP) y otro grupal-colectivo donde se enmarcaría la acción de la Salud Pública. Ambos subespacios se subdividen en un cuadrante izquierdo que se correspondería con lo biológico-medible y el situado a la derecha que corresponde a la parte psicosocial tanto en su vertiente individual como de grupo social. Es en los dos primeros cuadrantes donde la metodología y las técnicas cuantitativas adquirirían toda su adecuación y potencia, dejando los segundos como los espacios más adecuados para la puesta en práctica de **metodologías, métodos y técnicas cualitativas**.

Juntos sí pero no confundidos. Peligros de la triangulación de metodologías.

Las metodologías a utilizar no son aleatorias e intercambiables sino que deberá elegirse una u otra en función de su adecuación al/os aspecto/s del fenómeno que pretendemos conocer. Tan erróneo es querer hacer una cuantificación empírica de hechos, o conocer la prevalencia-incidencia de un síndrome con datos narrativos, como profundizar en las vivencias del duelo de un grupo de personas con datos estadísticos. Aunque en todo el capítulo abogamos por la copresencia y complementariedad de metodologías, cada una de ellas posee un cuerpo teórico, unos métodos y unos procedimientos de rigor y validez propios y diferenciados, y que no son intercambiables entre ambas. Además, obtienen conocimientos distintos sobre un mismo fenómeno, que si bien se pueden juntar y complementar no se pueden mezclar. Es decir, "juntos sí pero no revueltos ni confundidos". Trataremos a continuación de explicar qué queremos decir con esta afirmación.

El abordaje multimétodo de un mismo tema permite conocer diferentes facetas de un mismo fenómeno, abordar "el cuantos" y también "el qué, el cómo y el para qué" y ello, como ya hemos comentado, nos proporciona una foto más nítida, mas polifacética del objeto de estudio. Pero lo que no es metodológicamente adecuado es abordar los datos narrativos con procedimientos cuantitativos (por ejemplo contar en una entrevista cuantas veces sale determinada frase y expresar este dato como un resultado, o afirmar que el 80% de los sujetos de una muestra cualitativa dijeron tal cosa), o mezclar datos numéricos con datos narrativos y expresarlos como resultados únicos. Es en este sentido que afirmamos que los resultados de las diversas investigaciones se pueden-deben juntar para mejorar la comprensión de la realidad pero no se pueden mezclar ni confundir, y se debe respetar la integridad y la coherencia de cada una de las metodologías empleadas.

Diferentes modelos de complementariedad. La investigación cualitativa como modelo propio, o como modelo complementario de apoyo o mejora. Los Mixed Methods.

Popay y Williams⁷ proponen que la utilización del conocimiento y la investigación cualitativa en las ciencias de la salud puede realizarse de dos maneras: Como conocimiento propio sobre un determinado fenómeno u objeto de estudio, o bien como conocimiento que complementa y mejora el que se pretende obtener o ya se ha obtenido con investigaciones cuantitativas. En la **tabla 1** se exponen las diferentes áreas temáticas en las que se puede aplicar la investigación cualitativa en ambos modelos propuestas por los citados autores.

En esta misma línea en los últimos años conocidos investigadores como Sandelowski y

Voils^{8,9} y O'Cathain y Murphy¹⁰ abogan por los llamados mixed-methods en el campo de la salud. Es un término que engloba diferentes procedimientos para combinar e integrar metodologías de investigación cuantitativa y cualitativa en un único diseño de investigación^{11,12}. Esto tiene su reflejo en un incremento exponencial de investigaciones que en las ciencias de la salud utilizan triangulación de metodologías, la mayoría de ellas realizadas en países anglosajones¹³⁻²⁰, pero también, aunque a un nivel sensiblemente inferior, en investigaciones realizadas en el Estado Español²¹⁻²⁵.

La utilización complementaria de metodología cuantitativa y cualitativa: Ejemplos prácticos.

En las tablas 2 y 3 se exponen dos estudios realizados en AP por Little y colaboradores en el Reino Unido. En el primer estudio²⁶ (**tabla 2**), se constata, mediante un ensayo clínico, que la mejor estrategia para abordar los síntomas miccionales en mujeres sin riesgo de complicación de una posible infección urinaria (ITU) era retrasar 48 horas la prescripción de antibióticos y hacerlo solo si pasado este periodo persistían los síntomas. Pero, los investigadores se preguntan, ¿esta estrategia de intervención será bien aceptada por las afectadas?. Para explorar esta nueva arista del problema realizan una investigación cualitativa²⁷ que permite conocer la opinión de las afectadas al respecto (**tabla 3**) y que da elementos para la implementación de la mejor estrategia de intervención ante los síntomas miccionales avalada por el ensayo clínico.

Otro ejemplo de uso complementario de ambas metodologías es la Herramienta de Ayuda a la Decisión para el cribado de cáncer de próstata, elaborada por el **grupo de Urología de la CAMFiC** que fue realizada y validada con ayuda de ambas metodologías^{24,25} (**Figura 2**).

Síntesis de conocimiento cualitativo: metasíntesis

Generalización y transferibilidad en las síntesis cualitativas.

La necesidad de recapitular y sintetizar el conocimiento obtenido sobre un determinado objeto o realidad con el fin de que sea útil para su aplicación práctica, ha alcanzado no solo a la investigación cuantitativa sino también a la cualitativa.

A pesar de que el conocimiento cualitativo es contextual y no pretende obtener resultados generalizables, sino transferibles a contextos similares a aquél en el que se originan los estudios, la gran proliferación de hallazgos provenientes de investigaciones cualitativas en los últimos 50-60 años en el campo de la salud pone en evidencia la necesidad de hacer abstracción de los conocimientos y teorías locales enraizadas en el contexto y elevarlas a teoría formal con cierto carácter de generalización. Sandelowsky²⁸ y Finfgel-Connett²⁹ señalan que los investigador@s cualitativ@s no pueden estar inventando permanentemente la rueda en diferentes contextos, ni trabajar aislad@s construyendo pequeñas islas de conocimiento "separadas unas de otras y condenadas a no ser nunca visitadas"²⁸. Estas autoras teorizan sobre la generalización en investigación cualitativa que no es estadística y nomotética, ni busca leyes universales, sino ideográfica (cross-case generalization), realizada desde y por la unión de casos particulares-individuales y que construye generalizaciones más moderadas y **situacionales**. De esta forma se han construido y construyen teorías como por ejemplo la Teoría del duelo^{30,31}.

Metasíntesis: terminología y definición.

La ciencia de recapitular la evidencia cualitativa es muy emergente, dispone de corta historia, y por ello la terminología empleada, las clasificaciones, los procedimientos para realizarla, etc., no están aún bien establecidas, lo que dificulta las búsquedas bibliográficas del tópico. La **magnífica revisión** realizada por Matan³² nos señala los términos más comúnmente empleados en las búsquedas y en los artículos metodológicos y de revisión del tema³³⁻³⁷.

La metasíntesis es el nombre genérico que normalmente se utiliza para referirse a los estudios que sintetizan los hallazgos provenientes de estudios primarios de tipo cualitativo sobre un mismo fenómeno (metaanálisis para síntesis de hallazgos cuantitativos).

Tipos de síntesis cualitativas.

Existen enfoques muy diferentes a la hora de realizar metasíntesis y no hay acuerdo sobre como clasificar los diferentes tipos de metasíntesis. Aquí diferenciaremos entre síntesis agregativa y síntesis interpretativas, y haremos una breve referencia a síntesis que agrupan en la misma hallazgos cuantitativos y cualitativos.

1. Síntesis cualitativas agregativas.

Son aquellas que se obtienen por la simple suma-agrupación-inventario de los hallazgos

obtenidos en los estudios cualitativos primarios. No se realizan análisis de estos hallazgos sino únicamente agrupación de los mismos sin pretender en ningún momento una reinterpretación. Este es el tipo de síntesis cualitativas más tradicional y en la que se basa el software desarrollado por la Joanna Briggs Institute (**Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI-QARI)**) para realizar síntesis cualitativas³⁸.

2. Síntesis cualitativas interpretativas.

Desarrollan de forma inductiva construcciones o conceptos con un mayor nivel de interpretación y/o de capacidad de generalización a partir de los hallazgos de los estudios primarios. Pretende obtener un nivel comprensivo conceptual o teórico superior al alcanzado en los estudios individuales. Dentro de este tipo de síntesis señalamos dos de las más conocidas: la metasíntesis y la metaetnografía.

2.1 Metasíntesis.

Desarrollada por Sandelowsky y Barroso²⁸ que la definen como: Las teorías, narrativas fundamentadas (grand narratives), generalizaciones, o marcos interpretativos, producto de la integración o comparación de hallazgos provenientes de investigaciones cualitativas. Posteriormente estas autoras³⁹ la redefinieron como: Una forma de integración de hallazgos de investigaciones cualitativas que es en sí misma una síntesis interpretativa de datos de fenómenos, eventos o casos en un ámbito concreto.

2.2 Metaetnografía

Descrita por Noblit and Hare en 1988 y aplicada al campo de la salud por Rona Campbell y colaboradores⁴⁰. Es también un método y unos procedimientos de síntesis que realizan inducción e interpretación de los hallazgos de los estudios cualitativos primarios. El resultado de la síntesis es otro estudio⁴¹⁻⁴³ que posee una línea teórica interpretativa creada a partir de los conceptos teóricos de los estudios contextuales.

3. Síntesis que agrupan en la misma los hallazgos cuantitativos y cualitativos

3.1 Síntesis con aproximación cualitativa

Son síntesis de revisiones de estudios primarios cuantitativos y cualitativos cuyo resultado se expresa de forma narrativa y contextual. Dentro de estas tenemos la Síntesis Narrativa impulsada por el **Institute for Health Research, Bowland Tower East Wing y Lancaster University**. Las autoras justifican la necesidad de este tipo de síntesis porque no siempre los metaanálisis y procedimientos estadísticos son adecuados ni aplicables, bien porque los datos cuantitativos resultado de la búsqueda no se adecuan o porque los estudios hallados son metodológicamente muy heterogéneos⁴⁴⁻⁴⁶.

3.2 Síntesis con aproximación cuantitativa

Utiliza métodos estadísticos y probabilísticos para realizar la síntesis de los estudios cuantitativos y/o cualitativos existentes sobre el tema. Transforma resultados primarios, tanto cuantitativos como cualitativos, en datos cuantitativos. Dentro de este tipo de síntesis remarcamos la Síntesis Bayesiana^{47,48} que afirma que las creencias y los elementos subjetivos también pueden ser expresados como distribuciones probabilísticas.

La utilización complementaria de metasíntesis cualitativas y metaanálisis: Un ejemplo práctico

En la misma línea de complementariedad descrita con anterioridad para los estudios primarios, queremos señalar que en nuestra opinión la complementariedad de síntesis de estudios cualitativos y de estudios cuantitativos debe regirse por la misma máxima de juntar los hallazgos de ambas metodologías pero sin mezclarlos ni confundirlos, y en este sentido coincidimos con Campbell⁴¹ en que los metaanálisis y las metasíntesis son similares en el objetivo común de juntar conocimientos, pero son diferentes en la medida que las primeras pretenden juntar para añadir poder estadístico a los conocimientos primarios, mientras que las segundas pretenden que la unidad creada a partir de los estudios individuales agregue conocimiento en profundidad, en términos conceptuales y de teoría.

Van en esta misma línea los trabajos realizados desde **Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre**³⁷. El publicado por Thomas y colaboradores es un excelente ejemplo de integración del conocimiento obtenido mediante metasíntesis y metaanálisis sobre barreras y facilitadores para una alimentación saludable en población infantil⁴⁹ (figuras 3, 4 y 5).

En la **figura 3** se muestra como los autores buscan en primer lugar ensayos clínicos sobre intervenciones comunitarias encaminadas a promover el consumo de frutas y vegetales en niños. Encuentran que en general incrementaron muy poco el consumo de frutas y

vegetales (un promedio de media porción/día) y que los incrementos en el consumo fueron muy diferentes entre estudios, hallando una intervención en la que se incrementaba el consumo de frutas y verduras en 2 porciones al día. Trataron de buscar causas que explicaran esta variabilidad sin encontrarla (**figura 4**).

En segundo lugar (**figura 3**) buscan las evidencias cualitativas sobre las visiones de los niños acerca de las barreras y facilitadores al consumo de frutas y verduras. Lo que los niños dicen es que su propia salud no es responsabilidad de ellos sino que lo es de sus madres/padres, que no consumen frutas y vegetales por razones de salud ya que eso corresponde a sus madres/padres, que priorizan el gusto-sabor de los alimentos y no su carácter saludable, y que diferencian claramente entre frutas y vegetales y nunca las visualizan ni sitúan dentro del mismo grupo de alimentos (**figura 4**).

Por último, los autores tratan de localizar ensayos clínicos de intervenciones que tengan en cuenta las visiones de los niños (no encuentran ninguna intervención en la que se separen las frutas de las verduras, y hay 11 que no hablan de salud o enfatizan muy poco en ello), y miran si hay diferencias en la efectividad de las intervenciones. Encuentran que aquellas intervenciones que han integrado el conocimiento cualitativo sobre las visiones de los niños consiguen un tamaño de efecto significativamente superior (**figura 5**).

Vemos como los autores nos muestran un método de integración de las síntesis cualitativas y cuantitativas que permiten tener una visión más completa y redonda de lo estudiado, sin que para ello tengamos que forzar los números ni las narraciones con procedimientos y técnicas que no se adecuan a la filosofía de cada una de las metodologías.

Conclusión

Acabaremos este capítulo señalando que las líneas de tensión existentes entre el enfoque biológico de la medicina y el enfoque psicosocial ha existido y existe en la investigación y en los saberes pero ha sido superado e integrado en gran parte en las prácticas, sobre todo en AP. Lo que proponemos es que el diálogo entre las disciplinas que están más cerca de lo biológico y aquellas que están más próximas a lo psicosocial es imprescindible, también en la investigación y en la enseñanza de la medicina, ya que permite complementar las visiones dándole a la salud y a la enfermedad un enfoque holístico. Los beneficios de la complementariedad y de las colaboraciones interdisciplinarias son incuestionables, y como señala Edgar Morin⁵⁰ construyen pensamiento complejo (complexus, lo que está tejido en conjunto) que relaciona, religa en conjunto y de forma dialógica el saber, en lugar de dividir, parcelar y compartimentar el campo de conocimiento en disciplinas atrincheradas que aíslan los objetos de conocimiento.

