# 13 Lectura crítica de una investigación cualitativa en salud

Eva Abad Corpa
Carlos Calderón Gómez
Mª Dolores Castillo Bueno
MªLuisa Pujalte Martínez
María Ruzafa Martínez.

**"Es un hecho singular que la certeza subjetiva es inversamente proporcional a la certeza objetiva. Cuanto menos razón tiene un hombre para suponerse en lo cierto, tanto mayor vehemencia emplea para afirmar que no hay duda alguna de que posee la verdad absoluta".**

**Bertrand Rusell**

**1. ESCENARIO CLINICO .**

**2. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN CIENCIAS DE LA SALUD.**

2.1 Características y problemática de la Investigación Cualitativa.

**3. ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA CLINICA.**

3.1 Tipo de pregunta.
3.2 Tipos de estudios utilizados en Investigación Cualitativa.

**4. ESTRATEGIA DE BUSQUEDA DE INFORMACION.**

**5. LECTURA CRÍTICA DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO.**

5.1. Problema de investigación.
5.2. Objetivos de investigación.
5.3. Marco teórico.
5.4. Revisión bibliográfica.
5.5. Orientación teórico-metodológica.
5.6. Estrategias de selección de informantes/muestreo/informantes.
5.7. Fuentes y técnicas de recogida de datos.
5.8. Proceso de análisis de datos.
5.9. Validez.
5.10. Aspectos éticos.
5.11. Resultados y discusión.

**6. RESOLUCIÓN DEL ESCENARIO CLINICO.**

**7. CONCLUSIONES.**

**8. PUNTOS CLAVE.**

**9. BIBLIOGRAFIA.**

**ANEXO I: RECURSOS DOCUMENTALES.**

**ANEXO II: PASOS DISCRIMINATIVOS PARA LEER UN ARTÍCULO ORIGINAL.**

**ANEXO III: ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.**

## 13 → 1 DESCRIPCION DEL ESCENARIO CLINICO

Elena, acude a la consulta de enfermería, derivada por su médico de familia para que valoremos la inclusión de su padre en el "Programa de cuidados de enfermería a domicilio". Es una usuaria que conocemos por otras consultas, de 52 años, separada y con dos hijos de 18 y 20 años (ambos estudiantes, por lo que permanecen poco tiempo en el hogar).
Ha trabajado como dependienta durante 9 años en unos grandes almacenes hasta hace un mes, que ha tenido que dejar su ocupación laboral para cuidar a su padre de 75 años, diagnosticado recientemente de Alzheimer, con un pronóstico de deterioro en aumento a corto/medio plazo y que requiere una atención continuada. Nivel cultural medio. Economía basada, a partir de ahora, en la pensión del padre y en unos pocos ahorros.
Actualmente presenta aislamiento social, ya que no posee apoyo de otros familiares (hija única) y se ha desconectado de amigos y compañeros de trabajo para dedicarse por completo al cuidado de su padre.
Durante la entrevista nos demanda asesoramiento, apoyo e información sobre cómo atender a su padre en el domicilio y conseguir mantenerlo en su casa sin necesidad de ingresarlo en ningún centro. Se siente insegura pues dice que lo está cuidando "a su manera" y piensa que no lo está haciendo del todo bien, que podría hacer cosas más adecuadas. Detectamos que no es consciente de que sus atenciones puedan hacer frente a los cuidados que el padre necesita. Se siente aislada y a veces, frustrada.
En la consulta de enfermería, otros cuidadores familiares de pacientes con demencias que permanecen en sus hogares, nos transmiten que utilizan estrategias y herramientas personales de forma natural y espontánea que derivan en cuidados "sui géneris", pero que según nuestra experiencia pueden resultar muy efectivos para ese paciente concreto. Nos planteamos por tanto que se trata de una problemática humana compleja y que si queremos intervenir en la relación cuidadora-enfermo de una manera efectiva y respetuosa para poder reforzarla, necesitaremos conocer la mejor evidencia existente al respecto.

## 13 → 2 LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Desde hace varios años, la investigación cualitativa ha viajado desde las ciencias sociales, la antropología, la sociología y la psicología, asumiéndose como una vía de conocimiento de relevancia creciente en el ámbito de las investigaciones relacionadas con la salud [1]. Lo cual no es de extrañar si queremos investigar la "evidencia" que representa la complejidad de lo real [2], si buscamos "contextualizar" a las personas estudiadas, y si deseamos valorar realmente las "necesidades y expectativas de salud" desde la perspectiva de los propios afectados. De este modo podremos conocer más y mejor, y podremos en consecuencia mejorar nuestra asistencia como profesionales de la salud.

La Investigación Cualitativa representa además una actitud crítica y liberadora [3], en cuanto que ayuda al profesional a mostrarse crítico y en posible desacuerdo con las tradiciones impuestas por la rutina y la tradición de los contextos. Así, podemos ver muchos autores que promueven la pluralidad, la diversidad y la variedad tanto en la naturaleza del conocimiento como en la forma de obtenerlo [4-6].

Actualmente, se acepta que los criterios de racionalidad científica no son únicos, es decir que el fundamento epistemológico del positivismo no es "lo único científico". Existen pues otros fundamentos, distintos a los positivistas, que dotan de sentido a la Investigación Cualitativa y permiten etiquetarla como Científica, siendo este movimiento mucho más patente en zonas como la anglosajona y la latinoamericana.

Sin embargo, no sería erróneo pensar que a la mayoría de investigadoras/es de nuestro país nos sería todavía difícil reconocer que estamos usando técnicas de investigación basadas en el positivismo lógico, y que éste, sólo es una posibilidad más entre una gama de epistemologías y no la "única" forma de hacer ciencia.

En este sentido, muchas fueron las críticas hacia los promotores de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) cuando defendían exclusivamente la evidencia proveniente del meta-análisis o de ensayos clínicos aleatorizados [7,8]. Sin embargo, desde el propio campo de la MBE se ha ido reconociendo la necesidad de promover la pluralidad metodológica [9,10] de tal modo que en función del problema de estudio o de la naturaleza de la duda asistencial que descubre la laguna en nuestro conocimiento, así habrá que elegir un tipo de estudio más cercano a la perspectiva cuantitativa o a la cualitativa.

Entendemos en este sentido que algunos de los pilares básicos de la perspectiva cualitativa como son la comprensión, el significado y la acción, pueden ser plenamente asumidos como complementarios dentro de la filosofía de trabajo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE).

La PCBE no es un libro de recetas en el cual el "arte" clínico no tiene cabida [8]. Así, Sackett et al. definen la PCBE como "el empleo consciente y juicioso de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones sanitarias"[7]. Su fin último es utilizar un modelo para la toma de decisiones que nos haga reflexionar y comprender el por qué de los factores e interacciones que influyen en nuestras decisiones sanitarias, entender y darle significado a los datos científicos que han sido demostrados en investigaciones previas, y por último, sopesar las ventajas y desventajas contextualizándolas antes de actuar tomando una decisión.

Tal y como cita Carmen de la Cuesta de Upsher [11] "La evidencia que generan los estudios cualitativos ofrece nuevas perspectivas con las que trabajar. La evidencia científica es lo que hace cambiar nuestras creencias de cómo funciona el mundo que nos rodea"; lógicamente esto lleva asociado una concepción de la "evidencia" y de lo "científico" plural y abierta, con perspectivas de conocimiento distintas aunque "complementarias por deficiencia" [12]. La evidencia a la que nos abre acceso la investigación cualitativa es la de los valores, las motivaciones, los comportamientos…es decir, ese componente complejo de la realidad humana que se escapa a los instrumentos numéricos pero que es debemos intentar conocer con rigor y sistematización si queremos ser mejores clínicos.

El campo de la Investigación Cualitativa es plural en cuanto a corrientes, métodos, técnicas, y también en cuanto a definiciones. En algunos casos se expone como "los modos de investigación que se ocupan de comprender a los seres humanos, de su interacción entre sí y con su medio" [13], en otros se plantea como el "intento de dar respuesta a cuestiones sobre las experiencias y realidades humanas a través del estudio de las mismas en contacto con la gente y en su ambiente. Sus resultados son datos descriptivos y ricos que nos ayudan a comprender los fenómenos de la vida cotidiana" [14,] y otros subrayan cómo "la investigación cualitativa ofrece la oportunidad de hallar respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana" [15]. En cualquier caso, se trata de una perspectiva de conocimiento científico dinámica, abierta, desde el contexto natural de los participantes, que intenta capturar los fenómenos en su profundidad, buscando su riqueza e intentando explicar su complejidad de forma holística (Tabla 1).

Optar por la metodología cualitativa en la investigación conlleva también asumir ciertas opciones, entre las que habría que resaltar: el cambio en la sensibilidad investigadora, la función de la teoría como guía de la investigación, y la importancia de la participación [16,17].

Tabla 1: Rasgos diferenciadores de las metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación [18]

| | Enfoque cuantitativo | Enfoque cualitativo |
|---|---|---|
| Aspectos teórico-epistemológicos | Dualismo sujeto/objeto<br>Libre de contexto<br>Ausencia de valores | Interdependencia sujeto/sujeto<br>Énfasis en el contexto<br>Presencia de valores |
| Objetivos | Medir y predecir ¿Cuántos X?<br>Verificar teorías<br>Generalizar | Interpretar ¿Qué es X?<br>Descubrir teorías<br>Profundizar |
| Diseño | Preestablecido, cerrado, lineal<br>Orientado a la comprobación | Flexible, abierto, circular<br>Orientado al descubrimiento |
| Métodos y técnicas | Escenarios artificiales<br>Muestreo probabilístico, aleatorio<br>Experimentos, encuestas y censos | Escenarios naturales<br>Muestreo intencional, suficiente<br>Observación, entrevistas, textos |
| Análisis | Se realiza al final<br>Orientación deductiva<br>Enfatiza en la fiabilidad | Permanente<br>Orientación inductiva<br>Enfatiza en la validez |

## 2.1 CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La flexibilidad del método y la receptividad hacia los puntos de vista de quienes responden tienen una importancia decisiva en la investigación cualitativa. Los investigadores cualitativos deben permanecer sensibles a los puntos de vista de quienes responden, y estar preparados para considerar nuevos temas y plantear preguntas a través de la recogida y el análisis de los datos. Para adquirir perspectiva sobre las interpretaciones y percepciones de eventos, experiencias y entornos por parte de los entrevistados, los investigadores cualitativos deben estar atentos a los puntos de vista de éstos y esforzarse en prescindir de sus propias ideas preconcebidas.

Para comprender cómo las personas ven e interpretan los fenómenos, el proceso de investigación cualitativa pretende situarse en sus ámbitos naturales. El investigador recogerá la información que permita explorar los puntos de vista de los individuos en el contexto de sus circunstancias o ambientes con el objeto de observar y formular preguntas que puedan llevar a un conocimiento más profundo de los fenómenos de interés.

Como señalábamos anteriormente, la investigación cualitativa es compartida por diferentes disciplinas y corrientes de pensamiento, lo cual ha propiciado el desarrollo de diversos métodos y técnicas para abordar los objetos de interés de cada una de las mismas. Sin embargo, es posible señalar ciertas características generales del diseño de la investigación cualitativa, comunes a las distintas disciplinas, y que Janesick[19] agrupa en las siguientes:

1. Es flexible y elástico, susceptible de adaptarse a lo que se descubre durante la recogida de datos.
2. Implica la fusión de diversas metodologías.
3. Tiende a ser holista en un esfuerzo por comprender la totalidad del fenómeno de interés.
4. Se concentra en la compresión de un fenómeno o entorno social, no necesariamente en predicciones acerca de dicho entorno o fenómeno.
5. Exige gran dedicación del investigador.
6. El investigador es el instrumento de investigación.
7. Requiere un análisis continuo de los datos a fin de formular las estrategias subsecuentes y determinar cuándo ha de realizarse el trabajo de campo.
8. Impulsa al investigador a desarrollar un modelo de lo que se intuye en el ambiente social o de lo que se trata el fenómeno de interés.
9. Permite describir el cometido del investigador y sus propios sesgos o prejuicios.

Como mantiene Janice Morse [20], los métodos cualitativos son en sí mismos una combinación de estrategias para recoger imágenes de la realidad con un importante componente artesanal. El proceso de investigar de manera cualitativa presenta un reto, porque los procedimientos para organizar las imágenes no están bien definidos y se basan en procesos de inferencia, comprensión, lógica y suerte y, al cabo del tiempo, con creatividad y trabajo arduo, los resultados emergen como un todo coherente.

Las pesquisas cualitativas son, entonces, esenciales para el desarrollo del conocimiento en las disciplinas de la salud, pero este perfeccionamiento se ha establecido de manera diferente entre ellas.

Así, el hecho de utilizar la metodología cualitativa para el desarrollo del conocimiento en enfermería se ha ido reconociendo cada vez más ya que tales métodos son particularmente adecuados para documentar y analizar las respuestas humanas y la toma de decisiones clínicas, por lo complejo y esquivo de estos fenómenos. Sin la utilización de la metodología cualitativa hay una parte de la práctica enfermera que nos resultará muy difícil de describir y analizar por la presencia holística que la constituye y que no la permite reducirse a una serie de actos y procedimientos. Estos métodos permiten lograr captar la dimensión y complejidad de las respuestas humanas a la enfermedad y a la salud [21].

Pero la Investigación Cualitativa en Salud no sólo se está asentando en la disciplina enfermera, sino que cada vez es mayor el número de investigadoras/es en el terreno de la Salud Comunitaria y la Salud Pública, 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 [22].

Sin embargo, también en la investigación cualitativa existen numerosas parcelas que requieren de discusión autocrítica y de consenso, para que su comprensión, su utilización y su evaluación puedan formar parte habitual del quehacer científico en el campo de la salud.

En este sentido, la organización más sistemática de los términos, las reglas y los procedimientos, o el desarrollo de un lenguaje común para analizar, entender y utilizar los productos del proceso investigador 6 son sin duda pasos necesarios a recorrer.

Del mismo modo, se ha considerado imprescindible el debate sobre la concreción de referentes de evaluación propios pero a la vez consensuados 2, en primer lugar por la ya mencionada pluralidad y diversidad de métodos y enfoques en el seno mismo de lo que se considera investigación cualitativa, y en segundo lugar, porque sus propias características metodológicas requieren de criterios y procedimientos de evaluación necesariamente diferentes a los utilizados en los estudios cuantitativos.

Al igual que en anteriores capítulos, y utilizando el modelo de etapas de la PCBE, intentaremos profundizar en el mundo de la evaluación de la calidad de la investigación, concretamente el de la cualitativa.

## 13 → 3 ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA CLINICA

Siguiendo los pasos del capítulo sobre la elaboración de la pregunta clínica el resultado sería el siguiente:

| COMPONENTES ESTRUCTURADOS DE LA PREGUNTA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Paciente o Problema | Intervención | Intervención de comparación (si procede) | Resultados |
| CONSEJO | ¿Cómo describir un grupo de pacientes similares al mío? | ¿Qué intervención principal estoy considerando? | ¿Con que alternativa principal puedo comparar la intervención? | ¿Qué espero obtener con esta intervención? |
| EJEMPLO | Los cuidadores familiares de pacientes con demencia avanzada en domicilio | Las estrategias de cuidados | (no hay alternativa de comparación en este caso) | Cómo son creadas, construidas y utilizadas |
| PREGUNTA CLÍNICA: | Los cuidadores familiares de pacientes con demencia avanzada ¿cómo crean, construyen y utilizan sus estrategias de cuidados en el domicilio? | | | |

### 3.1 TIPO DE PREGUNTA

El tipo de pregunta es de experiencia y significado [9] pues pretendemos comprender las situación de nuestra paciente, apreciar el significado que ella encuentra en su experiencia y como influye esta en su situación.

### 3.2 TIPOS DE ESTUDIOS

Aunque dada la naturaleza de nuestra pregunta clínica que versa sobre el procedimiento de la construcción y utilización de estrategias de cuidados por parte de los cuidadores, basáramos nuestra búsqueda en estudios con metodología cualitativa, abrimos la búsqueda inicialmente a cualquier tipo de estudios.

Sin embargo, creíamos que una investigación cualitativa sería más útil para responder a nuestra pregunta ya que son especialmente adecuadas para analizar los comportamientos, respuestas y necesidades de los cuidadores familiares y porque según su metodología y características nos ayudarán en la consiguiente toma de la decisión clínica.

En definitiva, la investigación cualitativa busca la comprensión, más que la predicción, o si se prefiere, al pretender dar cuenta de la realidad social, comprender cuál es su naturaleza, más que explicarla.

## 13 → 4 ESTRATEGIA DE BUSQUEDA DE INFORMACION

Nos planteamos en principio una búsqueda en bases de datos específicas de enfermería o bases de datos genéricas que contengan un alto porcentaje de referencias de enfermería, para hacer una búsqueda exhaustiva y así obtener resultados lo mas relevantes y precisos posibles, ya que la respuesta a nuestra pregunta nos tiene que proporcionar elementos para apoyar al cuidador, comprendiendo su realidad y proporcionándole apoyo para descubrir sus recursos personales.

Para ello utilizamos las siguientes palabras clave:

| | |
|---|---|
| - cuidadores | caregivers |
| - demencia | dementia |
| - cuidado | care |
| - domicilio | home |
| - investigación cualitativa. | qualitative research |

Las bases de datos consultadas el 15 de mayo del 2006 fueron en este orden:

- JOANNA BRIGGS INSTITUTE
- CINAHL
- PUBMED
- CUIDEN PLUS

**Base de datos del INSTITUTO JOANNA BRIGGS (IJB)**

El IJB es una organización internacional con sede en Australia, a la vanguardia del desarrollo, promoción y soporte del abordaje de los cuidados de salud basados en la evidencia. Se creó tras valorar la necesidad de conseguir un acercamiento entre la evaluación de la evidencia que surge de diversas fuentes, incluyendo la experiencia, habilidad y todas las formas de investigación rigurosa, y la interpretación, transferencia y utilización de la mejor evidencia disponible en la práctica diaria de los cuidados. Cuenta con una base de datos de Revisiones Sistemáticas y Best Practice ("Guías de Aplicación Fácil de la Mejor Práctica"), con acceso libre a la base de datos de Best Practice y restringido a la base de datos de las Revisiones Sistemáticas, sólo para miembros de los Centros Colaboradores del JBI, existiendo uno en España.

También tiene una Base de datos on-line de Protocolos de Evaluación Rápida (Rapid, Rapid Appraisal Protocol Internet Database), válidos para evaluar evidencia tanto de estudios cuantitativos como de cualitativos. Otro instrumento que ofrece es QARI o Qualitative Assessment and Review Instrument: para la Revisión y Evaluación Cualitativa, que facilita valoraciones críticas, extracción de datos y síntesis de los resultados de estudios cualitativos.

Desde el 15 de noviembre de 2007, se puede acceder a todos estos recursos y herramientas en español, a través de la web JBI COnNET España ( Clínica Online Network of Evidence for Care and Therapeutics-Red clínica de Evidencia on-line sobre Cuidados) gracias a la suscripción realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Comenzamos la búsqueda en la base de datos de revisiones sistemáticas y Best Practice del INSTITUTO JOANNA BRIGGS, utilizando las palabras clave: car egiver and dementia , pero finalizamos la búsqueda sin encontrar resultados.**

**Base de datos de CINAHL**

Version online de Cumulative Index to Nursing and Allied Health. Incluye revistas de enfermería como las publicaciones de la American Nurses Association y la Nacional League for Nursing. Sin ser una base de datos exclusivamente de enfermería, la incluimos en este apartado por ser imprescindible su uso a la hora de hacer una búsqueda amplia y pertinente en cuidados, ya que tiene el mayor número de publicaciones de enfermería indexadas. Esto la convierte en la base de datos con contenidos de enfermería más conocida internacionalmente, cubriendo a 17 disciplinas afines a la Salud, desde el año 1982 hasta el presente, y conteniendo cerca de 900.000 registros en total. Es una base de datos de acceso mediante suscripción y, por tanto, con un coste económico para acceder a ella.

**En CINAHL, se realizó la búsqueda con las siguientes palabras clave: car egivers and dementia and home and care and strategies , donde obtuvimos el resultado de 32 referencias; tras repasar los títulos de los artículos y de algunos de ellos también los resúmenes, muchos eran relativos a niveles de satisfacción, de conocimientos y de utilización de recursos pero no nos parecieron pertinentes para responder a nuestra pregunta clínica. Sin embargo observamos que en un buen número de títulos se intuía que seguían metodología cualitativa. Entre ellos se encontraba la siguiente referencia:**

**Artisanship of care: caregiving in the home of a relative with advanced dementia [Spanish]. De La Cuesta-Benjumea C; Enfermeria Clinica, 2005 Nov-Dec; 15 (6): 335-42.**

**Reservamos la referencia y continuamos la búsqueda en otras bases de datos acotando ya con la palabra clave q ualitative research .**

**Base de datos PubMed**

Ya descrita en el capítulo número 3, "Búsquedas en Medline (Pubmed)"…

**Seguimos con PubMed, donde obtuvimos también 14 referencias, con la siguiente estrategia de búsqueda: "Caregivers"[MeSH] AND "Dementia"[MeSH] AND "Qualitative Research"[MeSH] AND "Home Nursing"[MeSH]. De la misma manera que en la anterior base de datos, tras repasar títulos y resúmenes no encontramos ningún artículo específico y relevante que se ajustara a nuestras expectativas con respecto a la pregunta que nos habíamos formulado según el escenario clínico planteado.**

**Base de datos CUIDENplus**

Versión avanzada de la Fundación INDEX, que comprende, además, bases de datos especializadas en Investigación Cualitativa, Enfermería Basada en la Evidencia, e Historia y Pensamiento Enfermero, así como una hemeroteca virtual de revistas de enfermería a texto completo. El acceso al menú de búsqueda avanzada y simple es libre. La versión completa solo es accesible a los suscriptores de Ciberindex.

**En la Base de Datos CUIDENplus y con las palabras clave: cuidado and familiar and demencia , obtuvimos 28 referencias, donde dos de ellas resultaron ser artículos que podrían adecuarse a nuestra pregunta. Nos dimos cuenta que ambos eran el mismo artículo pero indexados dos veces. De nuevo encontramos la referencia hallada en CINAHL:**

**De la Cuesta-Benjumea C. La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. Enf Clin 2005; 15 (6): 335-42.**

**Leímos el resumen y el objetivo del estudio era identificar las estrategias que realizan los cuidadores de pacientes con demencia avanzada en el domicilio. Según el resumen, los resultados de la investigación ofrecían nuevas perspectivas con las que trabajar, proporcionando a los profesionales de enfermería elementos para comprender como construían y utilizaban los cuidadores sus propias estrategias de cuidados, que era en definitiva el propósito de la búsqueda para dar respuesta a nuestra pregunta clínica sobre: Los cuidadores familiares de pacientes con demencia avanzada ¿cómo crean, construyen y utilizan sus estrategias de cuidados en el domicilio? .**

Para finalizar esta fase, accedimos al artículo completo a través de Ediciones Doyma que cuenta con el formato online de la revista ENFERMERÍA CLÍNICA; concretamente en nuestro caso fue a través de la Hemeroteca Murcia Salud. Lo descargamos y tras imprimirlo en papel, leímos el artículo completo y confirmamos que analizaba el supuesto que nos ocupa, por lo cual pasamos a la siguiente fase: lectura y valoración crítica.

Para completar la información sobre recursos documentales se recomienda ver ANEXO I.

## 13 → 5 LECTURA CRÍTICA DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Como se ha dicho en múltiples ocasiones a lo largo del presente libro, la PCBE intenta aportar un nuevo modelo de práctica asistencial, que persigue un cambio en la filosofía de trabajo.

Tanto es así que la PCBE surge por la necesidad de adaptar la práctica profesional a los conocimientos generados por la investigación científica, es decir, por la necesidad de emplear como fuente de conocimiento la metodología científica. Así, la PCBE integra los resultados de la investigación rigurosa, la experiencia profesional, las demandas y valores del paciente y los recursos existentes, sin olvidar el compromiso legal y ético que implica toda intervención profesional [23].

La necesidad de una atención basada en los resultados de la investigación se confirma por la necesidad de aplicar los cuidados más adecuados a cada situación. De dicho razonamiento derivan las etapas de la PCBE: 1) La formulación de preguntas estructuradas susceptibles de ser respondidas; 2) Búsqueda bibliográfica exhaustiva; 3) Lectura crítica de los documentos obtenidos; 4) Aplicación de la intervención más adecuada y 5) Evaluación de la intervención [9].

La lectura crítica es el proceso de evaluar e interpretar la evidencia aportada por la literatura científica, considerando sistemáticamente los resultados que se presentan, su validez y su relevancia para el propio trabajo. En otras palabras, a través de la lectura crítica verificamos la validez y aplicabilidad de los resultados publicados con el fin de poder incorporarlos al cuidado de nuestros pacientes. Además, la lectura crítica nos permite discriminar los artículos según los puntos fuertes y débiles de la metodología utilizada y su finalidad es ayudar a los profesionales a tomar decisiones adecuadas a una situación clínica o de gestión concretas. Esta información válida y fiable promueve el avance del conocimiento y mejora las decisiones tomadas por el profesional [24-26].

Tanto en artículos con metodología cuantitativa como cualitativa, existen tres fases que permitirán estructurar la lectura crítica [27]: a) análisis preliminar de parámetros como el título, autores y resumen; b) la capacidad del artículo de responder a la pregunta clínica; y c) el análisis del diseño metodológico, que facilitarán la evaluación de la calidad en el diseño y contenido de los artículos que nos encontremos. A la vez, supondrá un mejor aprovechamiento del tiempo dedicado a la lectura de los artículos que realmente nos sirvan para ayudarnos en la resolución de los problemas que nos planteemos (Anexo II).

La lectura crítica posee unas características especiales en la investigación cualitativa dadas las propias características metodológicas y la imposibilidad de trasladar automáticamente los modelos de lectura crítica cuantitativos.

Son conocidos por los comités editoriales de revistas científicas determinados problemas metodológicos muy frecuentes en la investigación cualitativa, entre los que se encuentran [21]: el uso inapropiado de perspectivas cuantitativas y cualitativas, los planes de análisis inadecuados, la descripción insuficiente del protocolo de investigación y la confianza excesiva en los informes verbales.

Así, algunos autores [2] proponen como posibles criterios básicos de referencia en la evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud la adecuación epistemológica, la relevancia, la validez y la reflexividad. Otros destacan cinco conceptos en los que se encuentran la credibilidad, la confirmabilidad, la transferibilidad, la dependencia y la triangulación [28].

Siguiendo esta línea, se han elevado importantes debates sobre las peculiaridades epistemológicas y metodológicas de la evaluación de la investigación cualitativa [29, 30], habiendo finalizado sin alcanzar consenso pero elevando como una posible propuesta la utilización de "guías" o "checklists" orientadas a evaluar el proceso de investigación. Estas aportaciones en forma de listados o requisitos de calidad han sido múltiples [31-35] y en su elaboración ha influido la filosofía que se ha ido exponiendo a lo largo del presente libro de la PCBE, es decir, la necesidad de fundamentar nuestra práctica clínica en resultados de la investigación.

Esta influencia de la PCBE está afectando a la investigación cualitativa y con más o menos defensores y detractores se presentan propuestas de clasificación de evidencias [36] provenientes de estudios cualitativos y, aunque mantienen que no hay relación entre el valor de la posición que ocupa en la clasificación (situando a la metasíntesis como máximo nivel de evidencia cualitativa), sí consideran plausible pensar que cuanto mayor sea la heterogeneidad de fenómenos, escenarios, discursos o sujetos tanto mayor será el alcance de los hallazgos y su transferibilidad. En cualquier caso, todavía son muchos los debates pendientes sobre este tema para conseguir alcanzar el consenso.

Como decíamos previamente, varias son las opciones de "guías" de evaluación pero debemos ser cautelosos en dotarlas de una rigidez excesiva [37]; así, no debemos olvidar durante la lectura crítica de la investigación cualitativa la importancia de lo interpretativo, la flexibilidad, la iteratividad, la circularidad o la necesidad de no perder de vista el conjunto del trabajo en la evaluación de sus partes.

Sin embargo, también tenemos que reconocer la utilidad de dichas "guías" a la hora de valorar críticamente un artículo. Entre las propuestas anteriores podemos destacar por su exhaustividad la de Sandelowski y Barroso [31], con ella leeremos críticamente el artículo de nuestro escenario clínico. Esta guía explora de manera flexible once apartados.

1. Problema de investigación
2. Objetivos de investigación
3. Marco teórico
4. Revisión bibliográfica
5. Orientación teórico-metodológica
6. Estrategias de selección de informantes/muestreo/informantes
7. Fuentes y técnicas de recogida de datos
8. Proceso de análisis de datos
9. Validez
10. Aspectos éticos
11. Resultados y discusión

## 5.1. Problema de investigación

¿Existe un problema claro y relevante que de coherencia al estudio?
¿El problema está descrito y presentado con precisión?
¿El problema está relacionado con el propósito del estudio y/o con la revisión bibliográfica?
¿El problema establece el significado del objetivo del estudio, o por qué el investigador quiere realizar el estudio (más haya del hecho de que no haya sido previamente estudiado)?

**Clave metodológica:**
Los estudios cualitativos se consideran más adecuados para responder a las preguntas de «¿cómo?» y «¿por qué?», en las que se exploran procesos y patrones en los pensamientos y las conductas de las personas. Así los investigadores cualitativos pueden estudiar cómo las personas ven o interpretan los eventos, o cómo valoran sus experiencias y el mundo circundante. También pueden identificar el significado que las personas otorgan a los eventos y establecer sus prioridades y problemas. Ello contrasta con la investigación cuantitativa, donde el investigador puede analizar una hipótesis, estudiar las frecuencias de eventos y cuantificar las relaciones entre variables claramente definidas.

**Respuesta:**
De la Cuesta nos plantea en su artículo un problema con las siguientes características: "Cuidar en la casa a un familiar es una actividad tan común que este trabajo suele pasar inadvertido {…}El cuidado familiar es un fenómeno en expansión {…}La bibliografía muestra que cuidar a una persona trasciende de la simple ejecución de procedimientos de cuidado: cuidar a un familiar implica una relación que es difusa y no una serie de actividades específicas {…} El cuidado en la casa requiere destrezas y conocimientos cada vez más complejos". Parece un problema lo suficientemente conciso e importante como para estudiarse.

## 5.2. Objetivos de investigación

¿Existen objetivos claros y relevantes que de coherencia al estudio?
¿Están vinculados con el problema de investigación?
¿Son coherentes con la metodología cualitativa?

**Clave metodológica:**
Los estudios cualitativos se orientan hacia una amplia serie de objetivos de la investigación. Sin embargo, todos ellos comparten las características centrales en el sentido de realizar un trabajo detallado para explorar o conocer ampliamente un fenómeno tal como ocurre en el mundo real y tal como es construido por los individuos en el contexto de ese mundo.
La investigación cualitativa es con frecuencia una labor exploradora cuyo objetivo consiste en examinar y explicar los fenómenos. Puede describirse como generadora de hipótesis o elaboradora de teorías, con el fin de predecir cómo pueden comportarse las personas en determinadas situaciones y/o circunstancias. Utilizando métodos cualitativos, muchos investigadores han intentado desarrollar hipótesis o aplicar perspectivas teóricas para explicar los fenómenos.

**Respuesta:**
El artículo que nos ocupa pretende "Identificar las estrategias que llevan a cabo los cuidadores de pacientes con demencia y el proceso de adaptación por el que pasan". El objetivo es preciso y la exposición del problema nos desvela que es un fenómeno inadvertido, poco reconocido y estudiado, y en contraposición arduo, intenso y que claramente trasciende la simple ejecución de actividades.

## 5.3. Marco Teórico

¿Existe un marco teórico claro y explícito?
¿Este marco teórico es útil, aplicable y apropiado para el tema de estudio?
¿El marco teórico juega un papel importante en cómo el trabajo ha sido enfocado y desarrollado; ha influido desde el inicio del estudio o a partir del análisis de datos?

**Clave metodológica:**
La finalidad del marco teórico es situar el problema de investigación dentro de un conjunto de conocimientos, que permita orientar la revisión bibliográfica y ofrezca una conceptualización adecuada de los términos y elementos empleados en la investigación. Significa poner en claro para el propio investigador sus postulados y supuestos, asumir los frutos de investigaciones anteriores y esforzarse por orientar y guiar la investigación de un modo coherente. También servirá como marco de referencia durante el análisis de los resultados del estudio.

**Respuesta:**
La presente investigación se enmarca inicialmente en el "Concepto de la trayectoria de dolencia crónica de Strauss y Corbin [38]. El modelo se ha construido sobre la idea de que las enfermedades crónicas tienen un curso y cambian con el tiempo; así se incluyen estrategias que los cuidadores utilizan para hacer frente a los desafíos de los cuidados". La justificación del problema de investigación, los cuidados a un familiar con demencia avanzada, parece responder a esta realidad.

## 5.4. Revisión bibliográfica

¿Se ha incluido los estudios claves y relevantes de cara al abordaje del problema?
¿La revisión bibliográfica se realizó con una actitud crítica y enfocándola hacia el problema de investigación?

**Clave metodológica:**
La revisión bibliográfica es un paso imprescindible para el desarrollo de una investigación. Permite saber si la pregunta que se plantea ha sido contestada previamente de forma parcial o total, ayuda a enfocar el tema de investigación, y a desarrollar el contexto conceptual del mismo, y sobre todo, proporciona la experiencia previa de otros investigadores para diseñar y ejecutar mejor el estudio. Por ello, es fundamental realizar una revisión de la literatura amplia y pertinente, de manera que se localicen los estudios realizados hasta la fecha sobre el tema de interés y que permita recabar datos nuevos sobre el mismo tema en los que basarse.

**Respuesta:**
Las referencias bibliográficas nos indican que la autora ha realizado una revisión en profundidad incluyendo textos clásicos y estudios originales sobre el fenómeno o líneas de investigación afines.

## 5.5. Orientación teórico-metodológica

¿Existe una orientación teórico-metodológica de referencia clara y explícita?
¿Las perspectivas, asunciones y filosofías de la orientación guían a los investigadores en la conceptualización y el abordaje del fenómeno?

**Clave metodológica:**
Si bien algunas características son comunes a todos los diseños de investigación cualitativa, hay una amplia variedad de enfoques teóricos que orientan las fases del estudio cualitativo, desde la orientación de los objetivos, pasando por el empleo de determinadas técnicas de recogida de datos, hasta el tipo de análisis que se empleará tras la obtención de los mismos (Ver ANEXO III).

**Respuesta:**
La autora argumenta que se basó en los principios y fundamentos de la Teoría fundamentada (39). Esta orientación es utilizada en preguntas de investigación basadas en procesos sociales ya que su raíz proviene de la Sociología, siendo su concepto clave el Interaccionismo simbólico. Este concepto mantiene que los comportamientos humanos se modifican en un continuo proceso de adaptación a los constantes cambios de los procesos sociales. Esta asunción teórica está asociada a otras metodológicas, como son determinadas técnicas de muestreo, de obtención de datos y de análisis.
Como podemos observar en el artículo, la selección de participantes fue hecha proposicional y una vez iniciado el análisis por medio del muestreo teórico; la técnicas de recogida de datos fueron las entrevistas semiestructuradas y la observación participante; el análisis de datos se estructuró desde la codificación, pasando por la categorización, escritura de memos y la comparación constante para generar teoría, siendo todas ellas estrategias metodológicas propias de la Teoría fundamentada.

## 5.6. Estrategias de selección de informantes/Muestreo/Informantes:

¿La estrategia de muestreo está en consonancia con los objetivos del estudio y la orientación teórico-metodológica?
¿La estrategia de muestreo es correcta en su composición y localización?
¿La composición y el tamaño de la muestra responde a los objetivos del estudio y pueden llevar a un entendimiento del fenómeno estudiado y a la saturación de los datos?

**Clave metodológica:**
Los procedimientos para el muestreo y los criterios para determinar el tamaño adecuado de la muestra difieren entre los estudios cualitativos y los cuantitativos. Debido al detallado e intensivo trabajo que requieren los estudios cualitativos, el tamaño de la muestra es necesariamente reducido, y la aplicación de reglas matemáticas para calcular dicho tamaño es inapropiada. La escasa cuantía permite realizar un trabajo detallado y tomar en consideración globalmente los datos contextuales y ambientales. También permite al investigador explorar contextos en los que se ofrecen las respuestas, así como identificar experiencias, temores y motivaciones, que pueden ser predictivos de las opiniones expresadas. Las muestras de mayor tamaño pueden no ser necesarias y dificultar la exploración y el análisis detallados que se requieren para alcanzar con éxito los objetivos. Aunque no existen reglas universales para determinar el tamaño de la muestra en la investigación cualitativa, los autores siempre deben ser capaces de defender la conveniencia de dicho tamaño y composición para alcanzar los objetivos pretendidos. Por tanto, el investigador se pregunta quién será una fuente de información importante para su estudio, qué aspectos debe observar primero, en qué contextos y situaciones obtendrá mayor información, qué características deben tener las personas o informantes para obtener la mejor y mayor información sobre el fenómeno en estudio. Serán las respuestas a estas cuestiones lo que determine el número y las características de los informantes seleccionados para la recogida de datos. El tamaño de la muestra debe determinarse en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, es decir, se debe continuar ampliando informantes y recogiendo más datos hasta el punto en que se deja de obtener nueva información y ésta comienza a ser redundante. En este sentido, algunos autores han señalado que el muestreo se evalúa en función de dos características[40] idoneidad y propiedad. La idoneidad se refiere a la suficiencia y calidad de los datos que la muestra proporciona; si es adecuada aportará datos fundamentales en relación al fenómeno de estudio y sin puntos débiles. Por tanto, cuando el investigador ha logrado la saturación de una muestra, se alcanza la idoneidad de la información. La propiedad se refiere a los métodos utilizados para seleccionar la muestra, la cual es apropiada cuando resulta de la identificación y el uso de los participantes que mejor suministran la información desde el punto de vista de los requerimientos conceptuales del estudio.
Las estrategias de muestreo que aplican con frecuencia los investigadores cualitativos son las de muestras intencionadas, representativas, de conveniencia y teóricas.

**Respuesta:**
Una vez delimitado el “acceso al campo” y tras utilizar un muestreo proposicional y teórico, realizó 22 entrevistas semiestructuradas a cuidadores informales, 2 entrevistas informales a profesionales de la salud y 23 horas de observación participante en grupos de apoyo. Aparentemente la diversidad, composición y tamaño de la muestra pueden llevar a un entendimiento del fenómeno estudiado y a la saturación de los datos dando soporte a los resultados.

## 5.7. Fuentes y técnicas de recogida de datos

¿Las técnicas de recogida de datos se encuentran en consonancia con los objetivos del estudio y la orientación teórico-metodológica?
¿ Las técnicas de recogida de datos son claramente útiles?
¿Se pueden encontrar muestras de que realmente se han utilizado estas técnicas?
¿El lugar y el período de tiempo ha sido adecuado?

**Clave metodológica:**
Uno de los componentes distintivos en el diseño cualitativo es el tipo de método o técnica utilizada para la recogida de los datos, que viene determinada a su vez por las fuentes de las que obtiene la información necesaria. En el diseño cualitativo las fuentes de información pueden ser muchas y muy diversas, desde textos informales, periódicos, registros hospitalarios, el entorno o contexto donde se desarrolla el fenómeno en estudio, y como no, la fuente principal, los actores o personas implicadas que forman parte del fenómeno en estudio. La selección del método de recogida de datos más idóneo no es una cuestión baladí, elegir la técnica más adecuada permitirá en última instancia llegar a conclusiones más exhaustivas y sólidas al finalizar el proceso investigador.
Los métodos más empleados en la investigación cualitativa en salud son la observación directa, la entrevista (no estructurada o semiestructurada), los grupos focales y la historia de vida. En algunos estudios se combinan diferentes métodos de recogida de datos, y en muchas ocasiones la selección dependerá no sólo de la idoneidad teórica de estos, si no de los medios y recursos con los que se cuente para la investigación, así como de los aspectos éticos del estudio.

**Respuesta:**
De la Cuesta obtiene en la presente investigación distintas fuentes de datos lo que claramente enriquece el proyecto. Utiliza como técnica de recolección de datos la observación participante lo que implica una inmersión en el campo durante un período de tiempo prolongado procurando ver el fenómeno como lo perciben los actores. Del mismo modo, se realizaron entrevistas semiestructuradas que buscan responder a preguntas exploratorias y aclaratorias sobre el fenómeno. Finalmente, las entrevistas informales surgen en el contexto de la observación participante creando la oportunidad de conocer la opinión de los informantes contada con sus propias palabras.

## 5.8. Proceso de análisis de datos

¿Las técnicas de organización y análisis de datos están en consonancia con los objetivos del estudio y la orientación teórico-metodológica?
¿Se justifica la conveniencia del proceso de análisis seguido con respecto al estudio?
¿Las estrategias de organización y análisis de los datos son claramente útiles?
¿Hay una estrategia clara para unir el análisis de los datos provenientes de las diferentes estrategias de recogida de datos?

**Clave metodológica:**
El análisis cualitativo no es lineal y resulta más complejo y difícil que el análisis cuantitativo, ya que es menos estandarizado y tampoco depende de fórmulas matemáticas. Tras la recogida de los datos y antes de iniciar el análisis cualitativo se lleva a cabo la trascripción de los datos textualmente a partir de la grabación. Pueden incluirse también datos contextuales, como notas de campo tomadas mediante observación de los asistentes a las actividades y momentos de interacción.
La finalidad del análisis de datos es ordenar toda información recogida en el trabajo de campo de forma que permita sintetizarla, interpretarla y difundirla. El análisis cualitativo se caracteriza porque no existen reglas sistemáticas para analizar y presentar los datos, y por la existencia de una gran cantidad de datos, lo que exige mucho trabajo para organizarlos, darles sentido y finalmente reducirlos para su inclusión en el informe.
Para facilitar el análisis cualitativo se pueden seguir el proceso descrito por diversos autores, entre otros De S. Minay[41]:
i) Ordenación de los datos. Esta engloba tanto las entrevistas como el conjunto del material de observación y de los documentos populares, a institucionales referentes al tema de investigación.
ii) Clasificación de los datos y categorización: es un proceso que teniendo en cuenta la base teórica de los supuestos y las hipótesis del investigador, es hecho a partir del material recogido.
iii) Análisis final. Las dos etapas anteriores hacen una inflexión sobre el material empírico, por tanto tras ordenar y clasificar en categorías de análisis de los datos se realiza la interpretación o análisis de los mismos.
Siguiendo a los expertos en la materia como F. Conde[42], existen distintas líneas de análisis de los textos, si bien, las empleadas con mayor frecuencia en las disciplinas sanitarias se denominan: a) análisis de contenido; b) análisis estructural; y c) análisis de discurso.
Se han desarrollado programas para facilitar la codificación de los datos, para recuperarlos una vez codificados y, en algunos casos, para servir de ayuda en la elaboración de una teoría. Los programas informáticos más conocidos son Ethnograph, QSR NUDIST (Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theory building), NVIVO y Atlas-t [43]

**Respuesta:**
El artículo que nos ocupa sigue los procedimientos de la teoría fundamentada siendo el estilo analítico propuesto por esta orientación el "Método comparativo constante". La sistematización en el análisis se compagina con la "artesanía intelectual" y se realizan comparaciones constantes de la codificación, categorización, subcategorización y relación entre categorías con el fin de elaborar explicaciones que "den sentido" a los textos. El proceso de categorización del análisis fue perfilándose con ayuda de informes analíticos de bibliografía previa.

## 5.9. Validez:

¿El investigador hace referencia a su influencia sobre el estudio y sobre los informantes (reflexividad)?
¿Se hace referencia a las limitaciones del estudio?
¿Se hace referencia a las técnicas utilizadas para asegurar la validez del estudio? ¿Han sido correctamente utilizadas? ¿Están en consonancia con el estudio?

**Clave metodológica:**
La validez de los datos se refiere al grado en que constituyen un reflejo exacto de los fenómenos investigados. En los estudios cuantitativos, el objetivo del investigador consiste en desarrollar y emplear preguntas relevantes para el estudio, así como en procurar que los individuos respondan de un modo exacto y fidedigno. En las investigaciones cualitativas, es más probable que los objetivos del estudio sean exploratorios. Por lo tanto, las preguntas son generalmente de carácter abierto, para permitir a los encuestados que introduzcan los temas que crean importantes para la cuestión estudiada; el papel del entrevistador (y a veces también del investigador principal) consiste en explorarlos de un modo más detallado. Así pues, la dirección y el contenido de la entrevista vienen guiados por las respuestas del entrevistado, en vez de seguir el programa del investigador. Por ello, si se cumplen satisfactoriamente los principios cualitativos, los datos deben constituir un fiel reflejo de los puntos de vista del encuestado sobre el tema de interés. A consecuencia de ello, se considera a veces que los datos poseen validez «intrínseca».
Los datos cualitativos son un producto de las opiniones, experiencias y percepciones de los encuestados; representan consideraciones subjetivas. Los investigadores son conscientes de que pueden introducirse sesgos en el proceso de producción de datos, de recogida y de análisis. Para intentar paliar esta problemática se recomienda utilizar medidas de "triangulación" tanto de fuentes, como de informantes, de técnicas de recogida de datos y de investigadores.

**Respuesta:**
Se explicita que la recogida de datos finalizó en el momento que hubo redundancia de información y las categorías se saturaron teóricamente lo que proporciona mayor validez a los resultados. Con el fin de maximizar el rigor del presente estudio, los datos se obtienen de distintas fuentes lo que claramente enriquece el proyecto. También se realizó una presentación de los resultados preliminares a los participantes buscando y obteniendo la confirmación por parte de los actores e informantes.
La autora va exponiendo a lo largo de los hallazgos reflexiones sobre su propio aprendizaje, sus concepciones previas y los cambios que ha ido experimentando; sin embargo no se explicitan posibles limitaciones del estudio.

## 5.10. Aspectos éticos:

¿Se contemplan explícitamente los beneficios y riesgos de participar en el estudio?
¿El muestreo, la selección de informantes y la recogida de datos se han realizado teniendo en cuenta la susceptibilidad y vulnerabilidad de los participantes del estudio?
¿Los "verbatim" presentados aportan evidencia científica a los resultados sin ser utilizados con valor sensacionalista?

**Clave metodológica:**
Los estudios cualitativos en salud son bastante utilizados para investigar temas sensibles de naturaleza física, emocional o existencial. Al elegir un tema sensible el investigador debe preguntarse ¿debe este tema ser estudiado por alguien?, ¿por este equipo de investigadores en particular?, ¿en este momento?, ¿con esta metodología?. Los métodos de recogida de datos como la entrevista y la observación están basados en una relación de confianza entre investigador e investigados. Sin embargo, el carácter cualitativo de un estudio no garantiza su propiedad ética[44]. Es, por ello, fundamental la estricta observación y cumplimiento de la normativa ética y legal en la realización de estudios cualitativos como la Declaración de Helsinki o el Informe Belmont, entre otros, donde se siguen los principios de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia. Todo ello supone, entre otras cosas, garantizar que los sujetos no sufrirán daños, ni explotación, que se obtendrán beneficios como resultado de la investigación, asimismo se asume el derecho de los participantes a la autodeterminación, al conocimiento de la información, a un trato justo y a la privacidad. Para ello se contará con el Consentimiento Informado de los participantes, se valorará de forma detallada la relación riesgo beneficio del estudio y la imparcialidad en la selección y seguimiento de los participantes en el estudio.

**Respuesta:**
De la Cuesta consiguió que el estudio fuera aprobado por el Sistema de Investigación de la Universidad de Antioquia, solicitando a los cuidadores la participación informada y asegurando su anonimato y confidencialidad. La exposición de los datos mediante los "verbatim" refleja un profundo respeto a las declaraciones de los informantes.

## 5.11. Resultados y Discusión:

¿Existen una serie de resultados claros producto de la interpretación de los datos y no una mera exposición de los datos en forma de caso?
¿La interpretación de los datos es plausible, sustancial y profunda?
¿Los datos están suficientemente analizados e interpretados?
¿Los conceptos e ideas son precisos, están bien desarrollados e interrelacionados unos con otros?
¿Los resultados ofrecen información nueva sobre el fenómeno de estudio?
¿Los resultados están en coherencia con los resultados de otros estudios?
¿Los resultados son relevantes para la práctica clínica?
¿Las conclusiones se basan en los resultados del estudio?
¿Las conclusiones proponen cambios para la asistencia sanitaria?

**Clave metodológica:**
Tras el análisis de los datos se debe realizar el informe de los resultados. En este caso y a diferencia de la investigación cuantitativa, donde habitualmente se presentan por separado los resultados y la discusión, en la mayoría de los trabajos cualitativos (en concordancia con la investigación cualitativa en otros terrenos) se combinan los resultados con su interpretación y discusión. Ello va seguido generalmente de una conclusión para resumir y subrayar los puntos que los autores consideran importantes.
También es práctica habitual que los resultados vengan ilustrados por citas de las trascripciones. Ello proporciona al lector ejemplos de primera mano sobre las opiniones típicas, atípicas o de interés.

**Respuesta:**
El artículo que nos ocupa mezcla resultados con reflexiones y citas que dan soporte a la discusión. El concepto clave es "la artesanía del cuidado" que se nutre del arte de los cuidadores para "manejar, dar con la clave, adivinar, inventar la manera de hacer las cosas…". Identifica tres estrategias de cuidado que dan sentido al concepto de "la artesanía del cuidado", véase: crear artimañas, elaborar un lenguaje y construir un lugar.
El apartado de hallazgos y conclusiones se encuentra adecuadamente elaborado, con interpretaciones profundas, sustanciales y plausibles que evitan la mera exposición de los datos en forma de casos. Claramente los resultados responden a los objetivos del estudio y los conceptos se encuentran bien desarrollados e interrelacionados unos con otros. Para finalizar se muestra explícitamente la aportación para la práctica clínica invitando a los profesionales de enfermería a "Ver y valorar a los cuidadores como creadores e inventores de nuevas formas de cuidados" y a "Transmitir a otras familias lo que aprendieron de los cuidadores y apoyarlos en la creación de estrategias".

## 13 → 6 RESOLUCIÓN DEL ESCENARIO CLINICO

Tras valorar la validez de la metodología y la aplicabilidad de los resultados del artículo, constatamos que este estudio nos aportaba "evidencias cualitativas" que nos ayudaban a entender que en el cuidado del enfermo con demencia, las cuidadoras no se limitan a aplicar procedimientos estándar, sino que dicha labor de cuidado, es una labor complicada, dinámica, variable y en gran medida creada por sus protagonistas.

Como enfermeras debemos ser conscientes de la necesidad de realizar una labor de acercamiento a la relación cuidadora-enfermo que sea respetuosa y que sólo podremos apoyar si sabemos previamente de su posible existencia y del cómo y por qué construyen dicha relación. Sólo con este recorrido de "descubrimiento profesional" conseguiremos reforzar o corregir las estrategias de cuidados de Elena siempre bajo un prisma de sensibilidad, respeto y actitud de aprendizaje compartido.

Consideramos que Elena, por su nivel cultural e intelectual y sobre todo por su voluntad de implicación en el cuidado, es susceptible de desarrollar las estrategias que se describen en el estudio. Además, nuestra experiencia profesional nos induce a pensar que la toma de conciencia de la utilidad de sus atenciones repercutirá en la satisfacción de Elena como cuidadora.

Por estos motivos dimos una cita a Elena con los siguientes objetivos:

| OBJETIVOS |
|---|
| - Darle a conocer su potencial como cuidadora y hablarle de las estrategias de cuidados utilizadas por otros cuidadores, animándole a encontrar las propias.<br>- Detectar las necesidades de Elena para cuidar al padre.<br>- Movilizar sus capacidades con el fin de mejorar su autoestima.<br>- Transmitir nuestra intención de apoyo en todo el proceso de la enfermedad del padre, para aumentar su seguridad. |

En esa reunión le planteamos realizar un programa de trabajo pactado con ella y con contenidos que: a) la permitan salir de su aislamiento social haciéndole ver la importancia de la salud y el bienestar de la cuidadora para poder cuidar a su padre de manera adecuada; b) la visualización de las diferentes artimañas de cuidados:

| PROPUESTA DE CONTENIDOS DEL PROGRAMA |
|---|
| - Detección y clasificación de los recursos personales que de forma natural realiza.<br>- Alentarle para que potencie los recursos que le resulten más efectivos.<br>- Creación de un listado de situaciones complicadas que no haya sabido resolver y búsqueda de salidas satisfactorias.<br>- Identificación de signos de comunicación, verbal y no verbal, del padre.<br>- Animar a que desarrolle dicha comunicación.<br>- Incorporación de nuevas formas de lenguaje que se adapten al deterioro progresivo del padre.<br>- Detección de los cambios que serían precisos realizar en el domicilio para adaptarlo a las necesidades del padre, convirtiéndolo en un lugar seguro para él.<br>- Identificación de herramientas y utensilios que utiliza para facilitar el cuidado del padre.<br>- Animar a que utilice su imaginación para crear más herramientas y utensilios que le faciliten los cuidados cotidianos.<br>- Programación de reuniones para resolución de problemas (alguna en el propio domicilio). |

Además de estos contenidos, le proporcionamos los cuidados normalizados y derivados de nuestra experiencia en la práctica enfermera:

| OTROS CUIDADOS NORMALIZADOS |
| --- |
| - Información sobre la enfermedad del padre.<br>- Le facilitamos guías de ayuda a cuidadores (bibliografía sencilla y accesible según su nivel de conocimientos)<br>- Valoración de la necesidad de incluir al padre en el "Programa de cuidados de enfermería a domicilio".<br>- Apoyo personal e individual a Elena: "Cuidados al cuidador".<br>- Informarle y ponerle en contacto con una asociación de familiares de enfermos con Alzehimer que exista en el barrio.<br>- Derivación al asistente social de zona para que le apoye en las gestiones de petición de ayudas económicas y domiciliarias a las que tuviera derecho (tanto de la administración central, como del ayuntamiento y de la comunidad autónoma).<br>- Evaluaciones periódicas de la situación. |

## 13 → 7 CONCLUSIONES

Las estrategias propuestas por la PCBE, no solo nos ayudan en la toma de decisiones del día a día al cuestionar los conocimientos adquiridos, entre otros medios por la experiencia y a utilizar conocimientos actualizados que reviertan en unos mejores cuidados, sino que además de obtener mejores resultados, nos resultará mas enriquecedor y estimulante en nuestro quehacer diario.

Convertir los problemas que se plantean en la asistencia diaria en preguntas clínicas, encontrar respuestas a estas preguntas para actuar a partir de la evidencia científica, diseñar estrategias de búsquedas bibliográficas para obtener unos resultados lo mas relevante posibles y precisos que den respuesta a nuestras preguntas clínicas, es una oportunidad que se nos plantea de realizar nuestro trabajo de una nueva forma, mas responsable y que debería hacerse cada vez mas extensiva entre los profesionales de la salud.

Se han publicado múltiples textos sobre la investigación cualitativa. Sin embargo, muchos autores han calificado diversas publicaciones de útiles para guiar el desarrollo conceptual, la realización y el análisis de sus investigaciones. Se han llevado a cabo numerosas investigaciones cualitativas de alta calidad e informativas sobre muchos aspectos de las prácticas sanitarias. Ello ha proporcionado perspectivas que no se habían alcanzado con los métodos cuantitativos, empleados más profusamente. Es inestimable la importancia derivada de conocer las opiniones y las experiencias en la atención sanitaria desde el punto de vista de diferentes grupos poblacionales y de usuarios, así como de los profesionales que trabajan en ese campo. Se está estimulando a las personas para que se responsabilicen más a fondo en el mantenimiento de su estado de salud, y se espera que los profesionales sean responsables ante los consumidores de los servicios que ofrecen. En el desarrollo y la prestación de los servicios sanitarios, es necesario que los profesionales conozcan las opiniones y los problemas de sus clientes en su contexto sociocultural, para lograr que la prestación sea relevante

y sensible frente a sus perspectivas y necesidades. La labor cualitativa puede ser idónea para poner de manifiesto las potenciales dificultades, restricciones y oportunidades desde el punto de vista del profesional de la salud y del usuario, a fin de lograr un desarrollo factible y efectivo de los servicios.

En definitiva, y para finalizar como empezamos, si deseamos ofrecer los cuidados de más alta calidad de una manera coherente y teniendo en cuenta las preferencias del paciente, debemos aprender también a leer y a practicar la investigación cualitativa de una manera crítica.

## 13 → 8 PUNTOS CLAVE

La Investigación Cualitativa:

1. Representa una actitud crítica y liberadora. Hace que el profesional se muestre crítico y en posible desacuerdo con las tradiciones impuestas por la rutina y la tradición de los contextos.
2. Su elección depende del problema a estudiar o la naturaleza de la pregunta asistencial que nos planteamos.
3. Aporta nuevas perspectivas de trabajo asistencial e investigador.
4. Ofrece valores, motivaciones, comportamientos, etc., en definitiva el complejo componente de la realidad humana que se escapa a los instrumentos numéricos pero que debemos intentar conocer con rigor y sistematización.
5. Se ocupa de comprender a los seres humanos, su interacción entre sí y su medio, buscando su riqueza e intentando explicar su complejidad de forma holística.
6. La lectura crítica de la ICS da una mayor importancia a lo interpretativo, la flexibilidad, la iteratividad y a la necesidad de no perder de vista el conjunto del trabajo en la evaluación de sus partes.

## 13 → 9 BIBLIOGRAFÍA

1. Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en Salud Pública. Rev Esp Salud Pública 1995; 69: 145-9.

2. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 473-82.

3. Medina JL, Sandín MP. Epistemología y enfermería (II): paradigmas de la investigación enfermera. Enf Clin 1995; 5 (1): 32-45.

4. Medina JL, Sandín MP. Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado (I). Enf Clin 1994; 4 (5): 221-32.

5. Glaser B, Straus A. The discovery of grounded therory. Chicago, Illinois, Aldine; 1967.

6. Zabalegui A. Más allá del dualismo cualitativo-cuantitativo. Enf Clin 2002; 12 (2): 74-9.

7. Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (1997). Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill Livingstone.

8. Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Muir Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 312 (13), 71-72.

9. Sackett D, Straus S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Medicina basada en la evidencia: Cómo practicar y enseñar la MBE. 2ª edición. Madrid. Harcourt ediciones S.A. 2002.

10. Sackett, D. L. and J. E. Wennberg, "Choosing the best research design for each question," BMJ 315: 1636 (1997).

11. Upsher REG. The status of qualitative research as evidence. En: Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ, editors. The nature of qualitative evidence. Thousand Oaks: SAGE; 2001. p. 5-26.

12. Ortí, A. 1999. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Edited by J. M. Delgado and J. Gutiérrez. Madrid: Síntesis SA.

13. Benoliel, J.(1984). Advancing nursing science: Qualitative approaches. Western Journal of Nursing Research.

14. Boyd, Ginger. 1990. "Using Shoebox in a linguistic field methods course." Notes on Linguistics 50: 37-38.

15. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. 2ª ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.

16. Iñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Atención Primaria;1999; 23(8):496-502.

17. Alonso, L. E. 1998. La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa. Madrid: Editorial Fundamentos.

18. Calderón, C. 2004a. La Investigación Cualitativa en Atención Primaria: aspectos teóricos y ámbitos de aplicación. En Curso de Introducción a la Investigación Cualitativa. Máster de Investigación en Atención Primaria. Edited by C. Calderón et al. Barcelona: semFYC. Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Doctor Robert.

19. Janesick VJ. The dance of qualitative research design. En: NK Denzin y YS Lincoln (eds.) Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

20. Morse JM. La investigación cualitativa: ¿realidad o fantasía?. En: Janice M. Morse (Ed.), Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa (pp. 25-33). Publicaciones Universidad de Alicante; 2005.

21. Dreher M. Los métodos de investigación cualitativa desde el punto de vista del revisor. En: Janice M. Morse (Ed.), Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa (pp. 355-373). Publicaciones Universidad de Alicante; 2005.

22. Leininger, M.. Qualitative Research Methods in Nursing. Orlando:Grune and Stratton INC.1985.

23. Bury T. Evidence-based healthcare explained. En: T. Bury & J. Mead. Evidence-based Healthcare: A Practical Guide for Therapists. Oxford: Butterworth-Heinemann. 1998.

24. Crombie I.K. Critical Appraisal. London. BMJ Publishing Group. 1997.

25. Greenhalgh T. How to read a paper. The basics of evidence based medicine. London. BMJ Publishing Group. 1997.

26. Gómez A. Lectura crítica de la literatura científica, En: Manual de medicina basada en la evidencia. Madrid. Jarpyo Editores. 1998

27. Abad E, Monistrol O, Altarribas E, Paredes A. "Lectura crítica de la literatura científica". Enf Clin 2003, 13 (1): 32-40.

28. Gálvez A. Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada. Fundación Index. 2001.

29. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S & Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. Health Technol Assessment 1998; 2 (16).

30. Ryan M, Scott DA, Reeves C, Bate A, Van Teijlingen E, Russell EM, Napper M & Robb CM. Eliciting public preferentes for healthcare: a systematic review of techniques. Health Technol Assessment 2001; 5 (5).

31. Sandelowski M, Barroso J. Reading qualitative studies. International Journal of Qualitative Methods 2002; 1 (1), Article 5.

32. Milton Keynes Primary Care Trust 2002. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 10 Questions to help you make sense of qualitative research.

33. Dixon-Woods M, Shaw RL, Agarwal S, Smith JA. The problem of appraising qualitative research. Qual Saf Health Care 2004; 13: 223-5.

34. Eakin JM, Mykhalovskiy E. Reframing the evaluation of qualitative health research: reflections of a review of appraisal guidelines in the health sciences. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2003; 9 (2): 187-194.

35. Law M, Steward D, Letts L, Pollock N, Bosch J & Westmorland M. Critical Review Form-Qualitative Studies. McMaster University, 1998.

36. Gálvez-Toro A. Clasificación de las evidencias por su diseño y utilidad. La investigación secundaria cualitativa. Index de Enfermería, 2003; XII (43): 45-9.

37. Calderón, C. 2005. Evaluación y Presentación de la Investigación Cualitativa. En Curso de Introducción a la Investigación Cualitativa. Máster de Investigación en Atención Primaria. Edited by C. Calderón et al. Barcelona: semFYC. Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Doctor Robert.

38. Corbin JM, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. En: Woog P, editor. The chronic iones trajectory framework: the Corbin and Strauss nursing model. New York: Springer, 1992. p: 9-28.

39. Strauss A, Corbin JM. Basics of qualitative research. Thousand Oaks: SAGE; 1998.

40. Morse JM. Strategies for sampling. En: JM Morse (Ed.) Qualiative nursing research: A contemporany dialogue. Newbury Park, CA, Sage: 1991.

41. De S. Minayo M.C.. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En: Fco. Javier Mercado Martínez, Denise Gastaldo, Carlos Calderón (comp.) Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. Universidad de Guadalajara. Servicio Vasco de Salud. Osakide. Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. UANG, 2003: pp.264-7.

42. Conde F. Taller "Análisis de los datos cualitativos". VIII Encuentro de investigación de Enfermería. Sevilla, noviembre de 2004.

43. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociología, 2003. pp: 393-400.

44. Gastaldo D, McKeever P. Investigación cualitativa ¿Intrínsecamente ética? En: Fco. Javier Mercado Martínez, Denise Gastaldo, Carlos Calderón (comp.) Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. Universidad de Guadalajara. Servicio Vasco de Salud. Osakide. Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. UANG, 2003: pp. 475-9.

## ANEXO I: RECURSOS DOCUMENTALES

### BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA

CINAHL: Version online de Cumulative Index to Nursing and Allied Health. Incluye revistas de enfermería y publicaciones de la American Nurses Association y la Nacional League for Nursing. Aunque no es una base de datos exclusivamente de enfermería, la incluimos en este apartado por ser imprescindible su uso a la hora de hacer una búsqueda amplia y pertinente en temas de esta disciplina ya que contiene el mayor número de revistas indexadas del área; cubre 17 disciplinas afines a la Salud, desde el año 1982 hasta el presente, convirtiéndola en la base de datos de enfermería más conocida internacionalmente. Contiene cerca de 900.000 registros. Es una base de datos de acceso mediante suscripción. http://www.cinahl.com/

JOANNA BRIGGS INSTITUTE: El JBI es una organización internacional con sede en Australia, a la vanguardia del desarrollo, promoción y soporte del abordaje de los cuidados de salud basados en la evidencia. Fue creada tras valorar la necesidad de conseguir un acercamiento entre la evaluación de la evidencia que surge de diversas fuentes, incluyendo la experiencia, habilidad y todas las formas de investigación rigurosa, y la interpretación, transferencia y utilización de la mejor evidencia disponible en la práctica diaria de los cuidados. Tiene diversas bases de datos:

BD de Revisiones Sistemáticas. Con acceso restringido, solo a los miembros asociados y Centros Colaboradores.

BD de Best Practice ("Guías de Aplicación Fácil de la Mejor Práctica"), con acceso libre.

BD on-line de Protocolos de Evaluación Rápida (Rapid, Rapid Appraisal Protocol Internet Database), válidos para evaluar evidencia tanto de estudios cuantitativos como de cualitativos. Otro instrumento que ofrece es QARI o Qualitative Assessment and Review Instrument: Instrumento para la Revisión y Evaluación Cualitativa, que facilita valoraciones críticas, extracción de datos y síntesis de los resultados de estudios cualitativos.

Http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php. JBI CONNET Español: http://es.jbiconnet.org

FUNDACIÓN INDEX: Entidad científica con gran repercusión en la enfermería nacional e internacional, que tiene un importante papel en la promoción de la investigación sobre cuidados de salud en los países iberoamericanos. Trabaja en la gestión del conocimiento enfermero generando bases de datos bibliográficas, realizando actividades formativas y promoviendo reuniones científicas, en las que destaca su preocupación por el componente cultural de los cuidados y la humanización de la salud. Su página web posee un observatorio de EBE que ofrece documentos teóricos y otras actividades.

http://www.index-f.com/oebe/inicio.php

Entre las bases de datos que cuenta CUIDEN destacamos:

CUIDEN: Base de datos de enfermería en español, con contenido tanto clínico-asistencial como enfoques metodológicos. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados. El acceso es libre y gratuito.

CUIDEN EVIDENCIA: Base de datos, donde se pueden hacer búsquedas bibliográficas tanto de investigación cuantitativa como cualitativa, siendo esta última: la BDLIC (Base de datos especializada en Investigación Cualitativa). Vinculada al observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia y al Laboratorio de Investigación Cualitativa de la Fundación Index y a su revista EVIDENTIA. De acceso solo a abonados.

CUIDENplus: Es una versión avanzada que comprende, además de la base de datos especializada en Investigación Cualitativa y de Enfermería Basada en la Evidencia, otra de Historia y Pensamiento Enfermero, así como una hemeroteca virtual de revistas de enfermería a texto completo. El acceso al menú de búsqueda avanzado y simple es libre. La versión completa sólo es accesible a los suscriptores de Ciberindex.

BDIE: Base de Datos para la Investigación en Enfermería. Recoge la producción científica de la enfermería en España desde 1990 hasta la actualidad: proyectos de investigación, tesinas de la Escuela Nacional de Sanidad, publicaciones periódicas, boletines oficiales, congresos, etc. Elaborada por la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), la Fundación Index y la Biblioteca del Hospital Juan Canalejo. Contiene información sobre las principales revistas de enfermería españolas y una sección de documentos no publicados. Desgraciadamente no se actualiza con la adecuada periodicidad. http://bdie.isciii.es/

BDENF: Base de datos de enfermería: elaborada por la BVS del ISCIII. Artículos en español y portugués.

http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BDENF&lang=e

CUIDATGE: Base de datos de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Descriptores y resúmenes en catalán; artículos principalmente en castellano. Recoge los artículos de las revistas recibidas en la biblioteca de la E.U. Enfermería de dicha universidad. http://teledoc.urv.es/cuidatge/

ENFISPO: Permite la consulta de artículos de una selección de revistas en español que se reciben en la Biblioteca de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la U. Complutense de Madrid. http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispo2.htm

ENFI2: Base de datos elaborada por la Biblioteca de la E.U. de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca a partir de los artículos de las revistas recibidas en el centro. No está disponible en línea.

**BASES DE DATOS GENÉRICAS QUE INCLUYEN CONTENIDOS DE ENFERMERÍA**

PUBMED, COCHRANE, EMBASE: Ya explicadas en capítulos 3 y 4.

LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Elaborada por BIREME, Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la salud y la BVS; recoge un buen número de revistas de enfermería y fisioterapia. Artículos en español y portugués.
http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=e

HEALTHSTAR: Antigua base de datos bibliográfica que ofrece acceso a trabajos publicados como resultado de la investigación en los servicios sanitarios. Perteneciente a Medlars, que es el nombre del conjunto de bases de datos de la "National Library of Medicine". Con aspectos no clínicos de la salud y con una cobertura temática sobre tecnologías para servicios de la salud, literatura sobre administración e investigación, desde 1975, incluyendo la base de datos HEALTH Planning and Administration. Acceso libre. http://www.ugr.es/~biblio/bases%20de%20datos/healthstar.html

PSYCHOINFO: Es una base de datos del centro sobre psicología y disciplinas afines con documentación científica de la American Psychological Association, que permite la obtención de información acerca de temas específicos, gracias a sus contactos con bibliotecas, hemerotecas y Universidades o bancos de datos, nacionales y extranjeros, éste centro accede al documento y proporciona al interesado copias del mismo.

PSICODOC: Base de datos bibliográfica, con enlaces a los textos completos, especializada en Psicología y disciplinas afines. Se incluyen los trabajos publicados en revistas, congresos y libros cuya temática sea la Psicología y otras disciplinas afines, editadas en España y América Latina, desde 1975 hasta la actualidad. La primera edición se realizó en 1997, en soporte CD-ROM. Desde el año 2002 se edita en Internet y en CD-ROM. Esta dirigida a docentes, investigadores y estudiantes de todo el mundo que necesitan conocer los estudios e intervenciones realizadas en un ámbito de interés. De la misma forma para Profesionales de ámbito nacional e internacional interesados en actualizar de forma permanente sus conocimientos sobre determinadas temáticas, orientaciones teóricas y experiencias.

PEDro: Physiotherapy Evidence Database: base de Datos de Fisioterapia basada en la evidencia. Desarrollada para facilitar un acceso rápido a las reseñas bibliográficas y a los resúmenes de ensayos clínicos controlados y revisiones sistemáticas en fisioterapia. Varios idiomas. http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/spanish/index_spanish.html

REHABDATA: Documentación sobre discapacidad y rehabilitación que recoge los documentos de la biblioteca especializada NARIC, National Rehabilitation Information Center: Informes, artículos de revista, etc. http://www.naric.com/research/

SID: Servicio de Información sobre Discapacidad: servicio documental para la obtención de información sobre discapacidad; puesta en funcionamiento por el IMSERSO y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad-INICO de la Universidad de Salamanca. http://sid.usal.es/

IME: Elaborada por el CINDOC (Centro de Información y Documentación Científica) dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Recoge y analiza más de 330 revistas médicas españolas desde 1971.

http://bddoc.csic.es:8080/inicioBuscarSimple.do?tabla=docu&bd=IME&estado_formulario=show

OBECS: Contiene referencias de artículos de revistas científico sanitarias editadas en España. Elaborada por la BVS del ISCIII.

Scielo: La Scientific Electronic Library Online es una biblioteca electrónica que abarca una colección seleccionada de revistas científicas Brasileñas. La biblioteca es resultado de un proyecto de investigación de la FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), en colaboración con BIREME. A partir de 2002, el Proyecto cuenta con el apoyo del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. El proyecto contempla el desarrollo de una metodología común para la preparación, almacenamiento, diseminación y evaluación de literatura científica en formato electrónico. http://www.scielo.cl/scielo.php

IBECS: Contiene referencias de artículos de revistas científico sanitarias editadas en España. Elaborada por la BVS del ISCIII.

http://lis.isciii.es/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xic&base=IBECS&lang=E

ACADEMIA SEARCH PREMIER: Base de datos multidisciplinar (medicina, biología, ciencias sociales, educación, psicología,...) diseñada para universidades a nivel internacional. Incluye algunas revistas a texto completo.

**OTRAS WEB DE INTERÉS SOBRE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA**

El Centro Cochrane Iberoamericano, ofrece cursos online gratuitos sobre MBE y EBE y realización de Revisiones Sistemáticas. También ofrece nociones teóricas sobre la ASBE.
http://www.cochrane.es/Castellano/

El Portal Sanitario de la Región de Murcia, Murcia Salud, tiene un apartado sobre MBE que proporciona conocimientos teóricos y describe los pasos a seguir en la práctica basada en la evidencia, además de un directorio con recursos.
http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=2

INVESTEN: La Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería del ISCIII tiene como objetivo el desarrollar una estrategia a nivel estatal para fomentar y coordinar la investigación multidisciplinar en cuidados, potenciando su integración en la práctica clínica diaria, con la finalidad de que los cuidados sean de la mejor calidad y basados en resultados válidos y fiables provenientes de la investigación rigurosa. Se dedica a garantizar la presencia y visibilidad de la investigación de enfermería en cuidados en el Plan I+D+i, a potenciar la formación de las enfermeras en investigación colaborando con los organismos implicados en la definición de competencias y contenidos docentes, a fomentar el intercambio de conocimiento a nivel transnacional e incorporar la actividad científica en cuidados en el Espacio Europeo de Investigación, a promover la actividad investigadora de los profesionales de enfermería, a facilitar la transferencia de resultados de la investigación en cuidados y su aplicación en la práctica de enfermería y a apoyar iniciativas que faciliten el desarrollo y difusión de los cuidados de salud basados en la evidencia.
http://www.isciii.es/investen

Página de Rafa Bravo. Da nociones teóricas sobre como se practica la MBE.
http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm

Centro de enfermería basada en la evidencia de York. Es uno de los principales centros de referencia sobre EBE a nivel mundial.
http://www.york.ac.uk/healthsciences/welcome.htm

BIREME: Centro Latinoamericano y del Caribe sobre Documentación en ciencias de la Salud. En ella se pueden consultar los resúmenes de 13 Bases de Datos de Ciencias de la Salud (Medline, LILACS, PAHO, OMS, etc). Está en portugués pero tiene las páginas de búsqueda en español. También permite obtener los documentos completos fotocopiados pagando unas tasas. http://www.bireme.br/

Una página creada por un grupo de trabajadores interesados en la Práctica Basada en la Evidencia del Hospital de Donosita de Guipúzcoa. http://www.mbe.i2000.es/

Otra página personal interesante sobre EBE de José Manuel Velasco sintetiza un protocolo de búsquedas que recorre las más importantes agencias y organismos dedicados a elaborar y difundir conocimientos con rigor científico. Uno de los apartados “Protocolo abreviado para búsqueda de evidencia en Internet”, realmente es un directorio de links que nos conectan a diversas páginas de organizaciones de prestigio y bases de datos sanitarias genéricas y de enfermería.

**RECURSOS WEB SOBRE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

- REDICS: La Red de Investigación Cualitativa en Salud constituye un proyecto de apoyo a la investigación cualitativa en el ámbito de la salud. Se inicia en el año 2001 desde la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería del Instituto de Salud Carlos III (Investén-isciii), con una vocación pluridisciplinaria, y en coordinación, como Centro Colaborador, con el International Institute for Qualitative Methodology (IIQM) de la Universidad de Alberta (Canadá) y con el Programa de Investigación y Evaluación Cualitativa en Salud (proglECS) de la Universidad de Guadalajara (México). Los OBJETIVOS principales de REDICS son:

Promover la investigación en salud de calidad desde una orientación metodológica cualitativa.
Favorecer la formación de los profesionales en investigación cualitativa en salud.
Impulsar el intercambio y la coordinación de inquietudes, experiencias y propuestas en dicho ámbito.
Difundir información sobre recursos, actividades y literatura científica en el área de la investigación cualitativa en salud.

- International Institute for Qualitative Methodology (IIQM)
www.ualberta.ca/~iiqm/

- Programa de Investigación y Evaluación de Investigación Cualitativa en Salud (ProglECS)
www.cucs.udg.mx/progics/

- The Consortium on Qualitative Research Methods (CQRM)
http://www.asu.edu/clas/polisci/cqrm/index.html

- Cochrane Qualitative Research Methods Group
http://www.cochrane.org/contact/mwgfield.html

- LIC Laboratorio de Investigación Cualitativa
http://www.index-f.com/cuali/lic.php

- FQS-Forum: Qualitative Social Research
http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm

- Association for Qualitative Research (AQR)
http://www.latrobe.edu.au/aqr/

- ATHENEA Digital. Revista de pensamiento e investigación social
http://antalya.uab.es/athenea/

- Educational Action Research
http://www.triangle.co.uk/ear/index.htm

-Ethnography (SAGE)
http://www.sagepub.co.uk/journals/Details/j0300.html

- International Journal of Qualitative Methods
http://www.ualberta.ca/~ijqm/

- International Journal of Qualitative Studies in Education
http://www.tandf.co.uk/journals/tf/09518398.html

- Journal of Transcultural Nursing
http://www.sagepub.com/journal.aspx?pid=71

- Página web de Juan Manuel Muñoz Justicia
http://antalya.uab.es/jmunoz/Cuali/Index.htm

- Página web de Lupicinio Íñiguez Rueda. Dpto. de Psicología Social de la UAB
http://antalya.uab.es/liniguez/Materiales/publicaciones.asp

- Qualitative Health Research
http://www.ualberta.ca/~qhr/

- Qualitative Research
http://www.sagepub.co.uk/journals/details/j0331.html

- Qualitative Research in Psychology
http://www.arnoldpublishers.com/Journals/pages/qrp/aims.htm

- Qualitative Research Journal
http://www.latrobe.edu.au/aqr/offer/journal.htm

- Qualitative Social Work: Research and Practice. (SAGE)
http://www.sagepub.co.uk/journals/details/j0400.html

- Qualitative Sociology
http://www.wkap.nl/journalhome.htm/0162-0436

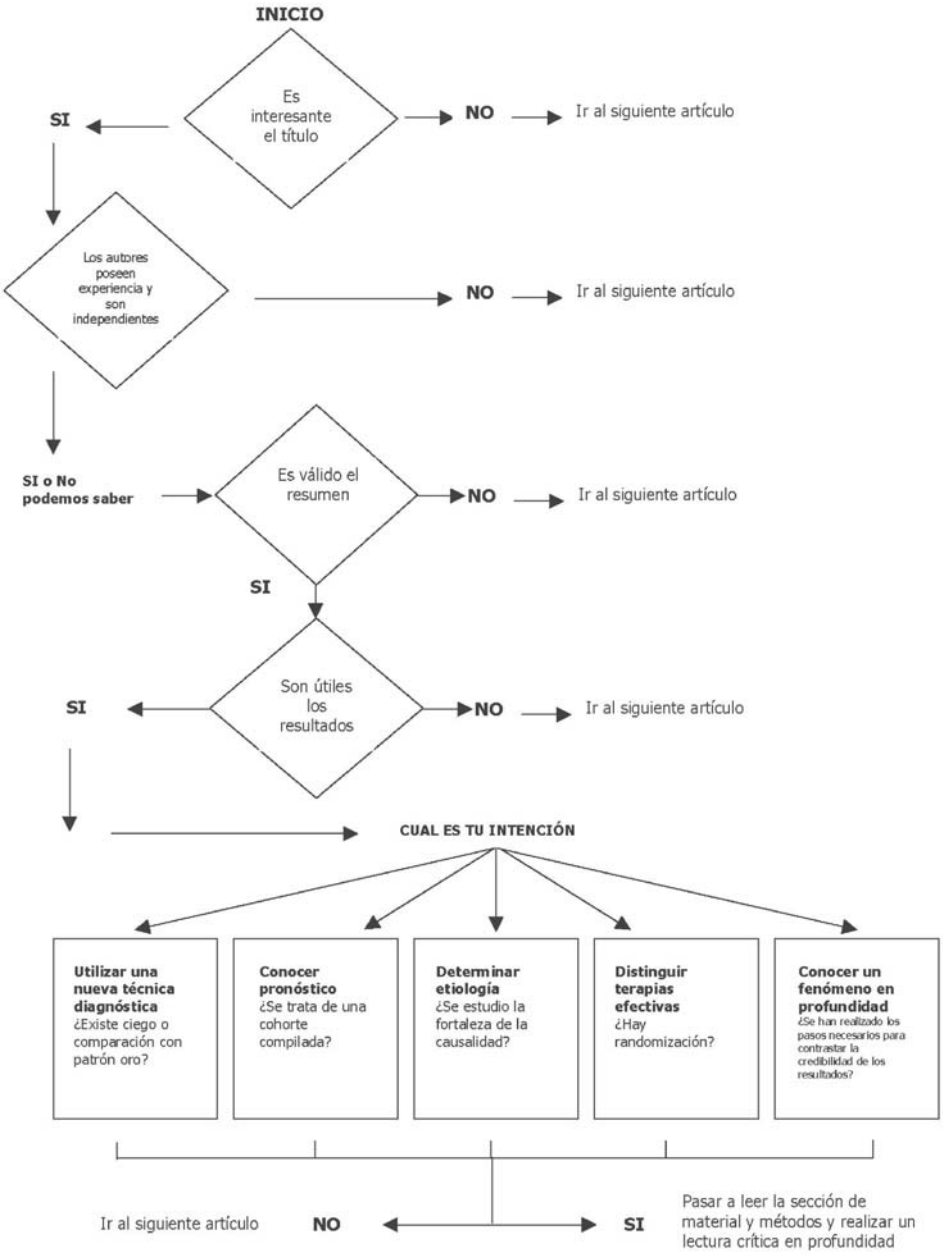
- Research in Nursing and Health
http://www.interscience.wiley.com/jpages/0160-6891/

- Ricardo Zúñiga.Textos y Publicaciones
http://homepage.mac.com/ricardo.b.zuniga

- Social Science and Medicine
http://www.elsevier.com/locate/socscimed

- Texto & Contexto
http://www.nfr.ufsc.br/revista/

## ANEXO II: PASOS DISCRIMINATIVOS PARA LEER UN ARTÍCULO ORIGINAL



## ANEXO III. ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Existen numerosas formas de investigación cualitativa, según el enfoque teórico-metodológico que se emplee. Este enfoque determinará aspectos tan importantes como las técnicas de recogida y análisis de datos, y la interpretación de los mismos. Si bien, existen numerosas clasificaciones de las líneas o enfoques teóricos J. W. Creswell (*) señala la existencia de cinco grandes "tradiciones" en la investigación cualitativa entre las que destaca el análisis biográfico, la aproximación fenomenológica, la denominada teoría fundamentada, la aproximación etnográfica y el estudio de casos. En la siguiente tabla mostramos un resumen de las características principales de cada una de ellas.

| TRADICIONES EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DIMENSIÓN** | **BIOGRAFÍA** | **FENOMENOLOGÍA** | **TEORÍA FUNDAMENTADA** | **ETNOGRAFÍA** | **ESTUDIO DE CASOS** |
| **OBJETIVO** | Exploración de la vida de un individuo | Comprensión de la esencia de experiencias relativas a un fenómeno | Desarrollo de una teoría en los datos procedentes del campo | Descripción e interpretación de un grupo socio-cultural | Desarrollo de un análisis en profundidad de un caso particular o de múltiples casos |
| **ORIGEN DE LA DISCIPLINA** | - Antropología<br>- Literatura<br>- Historia<br>- Psicología<br>- Sociología | - Filosofía<br>- Sociología<br>- Psicología | - Sociología | - Antropología cultural<br>- Sociología | - Ciencias Políticas<br>- Sociología<br>- Evaluación<br>- Estudios urbanos |
| **RECOGIDA DE DATOS** | - Principalmente entrevistas y documentos | - Entrevistas de larga duración con hasta 10 personas | - Entrevistas a 20-30 individuos para saturar las categorías y detallar una teoría | - Principalmente observaciones y entrevistas, con "artefactos" adicionales durante un periodo de campo prolongado (de 6 a 12 meses). | - Múltiples fuentes documentales, registros de archivos, entrevistas, observaciones "artefactos" físicos. |
| **ANÁLISIS DE DATOS** | - Historias<br>- Epifanías<br>- Contenido histórico | - Afirmaciones<br>- Significados<br>- Temas significativos<br>- Descripción general de la experiencia | - Codificación abierta<br>- Codificación axial<br>- Codificación selectiva<br>- Matriz condicional | - Descripción<br>- Análisis<br>- Interpretación | - Descripción<br>- Temas<br>- Afirmaciones |
| **FORMA NARRATIVA** | - Cuadro/Retrato detallado de la vida de un individuo | - Descripción de la esencia de una experiencia | - Teoría o modelo teórico | - Descripción de la conducta cultural de un grupo o de un individuo | - Estudio en profundidad de uno o varios casos |

# 19 Glosario General

MªCarmen Sánchez López

**Acotado Automático de Términos:** Brevemente, consiste en el enlace automático de una palabra o frase (que no es un término MeSH) al término MeSH que mejor lo describe. Una descripción más completa en el apartado correspondiente. Sinónimos (Sin): Automatic Term Mapping, ATM, Mapeo automático de términos.

**Aleatorización:** En un estudio en el que se comparan dos o más modalidades de tratamiento, es conveniente que los grupos formados sean parecidos en todas las características pronósticas excepto en el tratamiento recibido, de modo que cualquier deferencia en el curso clínico que se registre podrá ser atribuida a los diferentes tratamientos administrados (y sólo a ellos). La asignación aleatoria consiste en distribuir a cada participante de uno de los grupos de tratamiento por un método disciplinado de azar, de modo que cada sujeto tenga exactamente las mismas probabilidades de formar parte de uno u otro grupo de tratamiento. Sin: Randomización.

**Alertas:** Método usado para la difusión de información mediante mensajes electrónicos a ordenadores, agendas electrónicas e incluso teléfonos móviles. Representa una forma de actualización rápida y eficaz.

**Análisis coste/beneficio:** Medición de los costes y beneficios de una intervención en términos comensurables, generalmente monetarios. Permite determinar en primar lugar si una intervención concreta ofrece un beneficio global neto de bienestar, y en segundo lugar cómo se compara la ganancia de bienestar obtenida con esta intervención, con la obtenida con intervenciones alternativas. Al valorar todos los costes y beneficios en las mismas unidades, el análisis coste-beneficio compara diversas intervenciones con el criterio del beneficio neto (véase). Análisis económico en el que se consideran los costes de la asistencia sanitaria y la pérdida de ganancias netas debida a muerte o incapacidad, traduciendo todos los costes y beneficios a unidades monetarias.

**Análisis coste/efectividad:** Modalidad de estudio económico en la que las consecuencias de diferentes intervenciones pueden ser diferentes pero pueden ser medidas en unidades naturales idénticas, Mide los beneficios sanitarios en términos de unidades naturales, como años de vida salvados o mejorías del estado funcional. Dado que los costes no se expresan en las mismas unidades que los beneficios, su razón (ratio coste-efectividad) constituye una herramienta que permite valorar la eficiencia relativa. Análisis económico que compara los costes médicos incrementales y los resultados sobre la salud de programas sanitarios alternativos. Al contrario que el análisis de coste beneficio, los efectos sobre la salud se expresan en diversas unidades, como vida-años ganados, días libres de síntomas, casos evitados, etc., en lugar de en unidades monetarias

**Análisis coste-utilidad:** Adaptación del análisis coste-efectividad que mide el efecto de una intervención a la vez sobre los aspectos cuantitativos y cualitativos de la salud, mediante el uso de una variable denominada AVAC -Años de Vida Ajustados por Calidad- o QALYs . También evalúa la eficiencia relativa con una razón incremental, que en este caso se denomina ratio coste-utilidad.

**Análisis de decisiones (AD):** Es la aplicación de métodos explícitos y cuantitativos que cuantifican e integran los efectos del tratamiento, el pronóstico y los valores del paciente para analizar una decisión en condiciones de incertidumbre.

**Análisis de minimización de costes:** Modalidad de análisis coste-efectividad donde los resultados o beneficios de las alternativas se considera que son equivalentes o intercambiables para el mimo tipo de pacientes. A igualdad de resultados, la atención de los investigadores se centra en la diferencia de costes asociados.

**Análisis de sensibilidad:** En economía de la salud, técnica por la que se repiten las comparaciones entre recursos necesarios y resultados, pero con sucesivas modificaciones de las suposiciones en las que se basan los cálculos. De este modo, el análisis de sensibilidad pone a prueba la robustez de las conclusiones mediante variaciones de los ingredientes sobre los que existe incertidumbre.

**Análisis de regresión:** En un conjunto de datos sobre la variable dependiente y y sobre una o más variables independientes, x1, x2,…xi, consiste en determinar el modelo matemático más ajustado que describa y como una función de las x o para predecir y a partir de las x. Término general para los métodos de análisis que se ocupan de estimar los parámetros de alguna posible relación entre una variables respuesta y una o más variables explicativas

**Análisis de la varianza (ANOVA):** Conjunto de técnicas estadísticas para conocer el modo en que el valor medio de una variable es afectado por diferentes tipos de clasificaciones de los datos. Con el análisis de la varianza se pueden ajustar las estimaciones del efecto de un tratamiento según otros factores como sexo, edad, gravedad, etc.

**Análisis estratificado:** Análisis de los resultados de un ensayo clínico o un estudio observacional, con el fin de examinar si hay diferencias de respuestas asociadas a alguna característica (por ej., edad o sexo).

**Análisis factorial:** Procedimiento estadístico empleado para la validación de constructo que permite identificar grupos o conglomerados de variables relacionadas.

**Análisis multivariante:** Cualquier método analítico que permite el estudio simultáneo de dos o más variables dependientes. Término genérico para los métodos que están diseñados para determinar las contribuciones relativas de diferentes causas a un solo suceso o resultado

**Análisis por intención de tratar:** En un ensayo clínico, análisis de los datos según el tratamiento asignado inicialmente por distribución aleatoria, independientemente de que el paciente no recibiera después este tratamiento.

**Árbol de decisiones:** Expresión grafica de un análisis de decisiones.

**Artículo científico:** informe escrito que comunica por primera vez los resultados de una investigación. Los artículos científicos publicados en miles de revistas científicas componen la literatura primaria de la ciencia

**Artículo de revisión:** artículos de síntesis que resumen el conocimiento de un tema determinado y durante un periodo de tiempo definido. Junto con los libros, los artículos de revisión constituyen la literatura científica secundaria.

**Asiento:** Conjunto de información que, en una base de datos, se refiere a un mismo elemento. En Bases de Datos de bibliografía, es el conjunto de información que se refiere a una misma publicación. Sin: Registro, Record.

**ATM:** Ver Acotado Automático de Términos.

**Atributos:** Propiedades o características del instrumento que merecen consideraciones separadas e independientes en la evaluación.

**Auditoria:** Examen o estudio que evalúa e informa sobre la medida en que una condición, proceso o desempeño se ajusta a estándares o criterios predeterminados.

**Automatic explosion:** Ver Explode.

**Automatic Term Mapping:** Ver Acotado Automático de Términos.

**AVAC:** Índice que combina la supervivencia con la calidad de vida. La medida de la calidad de vida no está estandarizada y suele variar de un estudio a otro, según la enfermedad, el tratamiento evaluado y las preferencias de los autores. Para calcular un AVAC se multiplica la duración del estado de salud (en años) por un factor que representa la calidad ("utilidad") de este estado de salud. Sin: QALY (Quality Adjusted Life Years).

**Azar:** Se denomina así al proceso que ocurre debido a la casualidad, de forma imprevisible, sin planeamiento ni influencia consciente.

**Base de datos:** Conjunto de datos homogéneos y ordenados, que se presentan normalmente, de forma legible, por ordenador y que se refieren a una materia determinada. Colección estructurada de datos que está organizada de tal manera que se puede acceder a ella con una amplia variedad de programas de aplicación.

**Beneficio neto:** Diferencia entres los costes y los beneficios de una intervención.

**Bioestadística:** Aplicación de la teoría y los métodos de la estadística a las ciencia biológicas. En sentido estricto, rama de la ciencia que aplica los métodos estadísticos a los problemas biológicos, aunque ahora se utiliza la mayoría de las veces para referirse a la estadística aplicada a la medicina y las ciencias de la salud.

**Blinding:** Ver Enmascaramiento.

**Buscadores:** Motores de búsqueda de información en Internet que identifican la información contenida en bases de datos formadas a partir de publicaciones previamente indexada. Ver Indización.

**Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS):** Impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar físico, psíquico, social y espiritual.

**Campo:** Cada una de las unidades de información en que se divide un asiento. Sin: Field.

**Carga de administración:** Se define como le grado de trabajo y esfuerzo que deben realizar quienes administran un instrumento de medida (cuestionario), y depende del tiempo precisado para su administración, formación requerida del entrevistador y recursos necesarios para su aplicación y puntuación.

**Carga de respuestas:** Se entiende como el tiempo, esfuerzo y otros aspectos que se exigen a quienes se les administran un instrumento de medida (cuestionario).

**CAT:** Herramienta de lectura crítica consistente en un resumen breve de las pruebas científicas más relevantes en respuesta a una pregunta clínica concreta.

**Causalidad:** Indica que las asociaciones encontradas entre las exposiciones y los efectos son realmente de tipo causal y no consecuencia de sesgos ni del efecto de factores de confusión.

**Cociente de probabilidad:** Véase Razón de probabilidad.

**Coeficiente de correlación:** Índice que cuantifica la relación lineal entre un par de variables. Medida de asociación que indica el grado en el que dos variables continuas x e y poseen un a relación lineal (y = a + bx). Su valor puede situarse entre -1 y +1. Cuando su valor es 0 no existe ningún grado de correlación. El coeficiente de este tipo que más se utiliza es el de Pearson

**Coeficiente de Cronbach:** Fórmula utilizada para la comprobación de la consistencia interna de un test que presupone que si varios ítems están midiendo el mismo atributo o dimensión, estos ítems deberían estar intercorrelacionados. Esta correlación la mediremos mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

**Coeficiente kappa:** índice corregido por el azar de la concordancia entre, por ejemplo, juicios o diagnósticos que hacen 2 ó más observadores. El coeficiente adopta desde el valor 1 (cuando hay una concordancia perfecta) hasta el valor 0 cuando la concordancia observada es igual a la debida al azar.

**Confusión:** Situación en la que la estimación del resultado estudiado esta sesgada por algún factor relacionado con la exposición y el resultado.

**Consentimiento informado:** Procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía. Debe reunir por lo menos tres elementos: voluntariedad, información y comprensión. La voluntariedad implica que los sujetos puedan decidir libremente si quieren participar en un estudio, sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. La información debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del estudio y su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales, las posibles incomodidades derivadas de la participación y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello de lugar a perjuicio, en este contexto es básica la comprensión de la información, que no sólo depende de esta, sino también de la competencia de quien la recibe, es decir de su capacidad para comprender.

**Consistencia interna:** Grado en que los ítems de una dimensión se correlacionan entre ellos mismos. Ver: Coeficiente de Cronbach.

**Constructo:** En psicometría, concepto abstracto no medible directamente que se quiere convertir en variable operativa medible. Generalmente, se utiliza para un concepto que existe en teoría, pero que no se puede observar directamente. Esencialmente, es una variable latente.

**Correlación ítem-total:**(Correlación total de las preguntas): Verifica la homogeneidad. Proceso mediante el cual comprobamos si cada ítem mide lo mismo que los demás y por lo tanto es sumable en una puntuación total que supuestamente mide el rasgo y que es la que después interpretamos y utilizamos.

**Coste:** Es el resultado del productos de la cantidad total del recurso consumido y el valor monetario de la unidad de dicho recurso.

**Coste oportunidad:** En economía de la salud, valor de las oportunidades perdidas por usar recursos en un servicio. Generalmente es cuantificado considerando el beneficio que se obtendría invirtiendo los mismos recursos en la mejor alternativa posible.

**Criterios:** Condiciones utilizadas como un estándar para juzgar los atributos.

**Criterios de selección:** Características sociodemográficas, clínicas, etc. que determina que los pacientes puedan ser o no incluidos en un estudio. Nos van a servir para definir la población de estudio.

**Curva de Gauss:** En matemáticas, la campana o curva de Gauss es la representación gráfica de la ecuación matemática que corresponde a una Distribución normal. Tiene forma de campana y debe su nombre al matemático alemán Carl Friedrich Gauss.

**Curvas ROC:** Representación gráfica completa de la capacidad de una prueba para discriminar lo normal de lo que no lo es.

**Delimitador de campo:** Ver Etiqueta.

**DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud:** Tesauro que puede considerarse, hasta cierto punto, como una versión en español del MeSH - Medical Subject Headings de la U.S. National Library of Medicine. Fue desarrollado a partir de él con el objetivo de permitir el uso de terminología común para búsqueda en tres idiomas (español, inglés y portugués), proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma. Además de los términos médicos originales del MeSH contiene áreas específicas de Salud Pública y Homeopatía.

**Descriptor:** Término del lenguaje documental, carente de variabilidad, sinonimia y polisemia, escogido para representar el contenido de un documento, que puede ser utilizado en el análisis y recuperación de la información. Relacionado con Palabra clave.

**Descriptor mayor:** Ver Mayor Topic.

**Descriptores en Ciencias de la Salud:** Ver DeCS

Descuento: Procedimiento para calcular los costes o beneficios que ocurren en diferentes fechas a su valor en el momento presente, llamado valor actual.

**Dimensiones:** Aspectos relevantes que engloba el constructo o concepto que se mide a través del cuestionario.

**Diseño:** Conjunto de estrategias y procedimientos que se seguirán para dar respuestas al problema y comprobar la hipótesis. Engloba al selección del tipo de estudio, la población a estudiar, la definición de las variables y escalas de medición y los métodos de recogida, procesado y análisis de los datos.

**Docencia virtual ("on-line" o "e-learning"):** Definida como la utilización de las nuevas tecnologías multimedia y de internet para mejorar la calidad del aprendizaje, facilitando el acceso de recursos y servicios; así como los intercambios y la colaboración a distancia.

Dosis Diaria Definida (DDD): Dosis de mantenimiento promedio en la principal indicación de un fármaco en pacientes adultos. Se usa para cuantificar el consumo de medicamentos, sobre todo cuando se compara el consumo de diversos fármacos de un mismo grupo, o cuando se realizan comparaciones internacionales. No se ve afectada por diferencias de precios o de tamaño de las presentaciones. El consumo se suele expresar en número de DDD por 1.000 habitantes y por día, y esta medida da una idea del número promedio de personas tratadas diariamente con un fármaco o grupo de fármacos en una región o país.

Efectividad: Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica clínica habitual, sobre una población determinada.

Efecto indeseado: Ver Reacción Adversa.

**Eficacia:** Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en condiciones ideales de aplicación.

**Eficiencia:** Relación entre los efectos o resultados finales que se alcanzan con una intervención y coste que supone la misma (recursos humanos, materiales y de tiempo).

**Encabezamientos de Materias Médicas:** Ver MeSH.

**Enmascaramiento:** Procedimiento por el que se asegura que los sujetos participantes en un ensayo clínico, los observadores o ambos, no conocen el tratamiento u otra característica que pudiera sesgar los resultados. Se denomina simple ciego cuando el sujeto, pero no el observador ignora cuál de los posibles tratamientos recibe; doble ciego es cuando sujeto y observador ignoran el tratamiento recibido; y triple ciego es cuando el sujeto participante, el investigador observador y el investigador que analiza los datos ignoran el tratamiento recibido.

**Ensayo clínico:** "Toda investigación efectuada en seres humanos para determinar o confirmar los efectos clínicos, farmacológicos y/o demás efectos farmacodinámicos, y/o de detectar las reacciones adversas, y/o de estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de uno o varios medicamentos en investigación con el fin de determinar su seguridad y/o su eficacia" (Real Decreto de 16 de febrero de 2004).

**Ensayo clínico controlado:** Ensayo clínico en el que los sujetos son asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento alternativo. En el ensayo clínico controlado aleatorizado la asignación a un tratamiento experimental o control se realiza al azar de forma que ni el sujeto ni el investigador responsable de su selección o tratamiento puedan influir en su asignación.

**Entry Term:** Relacionado con Palabra clave (véase).

**Epidemiología:** Estudio de la distribución y los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de poblaciones. Ciencia que investiga las causas y la historia de las enfermedades y el desarrollo de éstas en relación con determinadas intervenciones o exposiciones.

**Epistemología:** Doctrina de los fundamentos y métodos del método científico. La función de la estadística en el modelo empírico analítico.

**Equivalencia:** capacidad del instrumento de proporcionar los mismos valores en las mismas condiciones clínicas cuando las mediciones las hacen distintas personas.

**Error aleatorio:** Las diferencias de medidas entre la realidad y nuestra muestra y son debidas al azar.

**Escala tipo Likert:** La respuesta del individuo se da mediante una escala numérica, a la cual se le atribuyen las propiedades de las escalas de intervalo, permitiendo por tanto la realización de análisis estadísticos más complejos. Escalas que se utilizan con frecuencia en estudios de actitudes en los que las puntuaciones crudas se basan en respuestas alternativas graduadas a cada una de una serie de preguntas.

**Especificidad:** Referida a una prueba diagnóstica, es la proporción de personas verdaderamente no enfermas que son catalogadas como tales por medio de la prueba.

**Estabilidad:** Ver Reproducibilidad.

**Estabilidad del test:** Véase Método test-retest.

**Estadística:** Recopilación y organización de hechos o datos numéricos, sobre todo cuando hay muchos. Conjunto de métodos que ayudan a la toma de decisiones frente a la incertidumbre. La estadística no ofrece pruebas ni certidumbre, sino probabilidades.

**Estadístico:** Medida estadística (media, mediana, etc…) calculada sobre los datos de una muestra.

**Estadístico kappa:** Medida del acuerdo, corregida por el azar, aplicada a datos binarios u ordinales. Se calcula como la proporción de acuerdo, aparte del que ya sería de esperar por azar, que ha sido observado entre dos repeticiones del mismo instrumento.

**Estudios ambispectivos:** Estudios que se inician como los retrospectivos (Ver: Estudios retrospectivos) para el análisis de un fenómeno ya ocurrido y, posteriormente, continuamos con un seguimiento prospectivo hasta la aparición de un efecto a largo plazo (Ver: Estudios prospectivos).

**Estudios analíticos:** Estudios diseñados para examinar asociaciones, cuyo objeto final suele ser identificar o medir los efectos de factores de riesgo o de intervenciones específicas sobre la salud.

**Estudios de caso-control:** Estudios en los que la selección de la población a estudiar se hace en función de la presencia o ausencia de una enfermedad o efecto, eligiéndose un grupo de individuos que tienen la enfermedad o efecto (casos), y otro que no los presenta (controles).

**Estudios de cohortes:** Tipo de estudios en los que los sujetos del estudio se seleccionan a partir presencia o ausencia de la exposición que se trata de analizar y de la que se sospecha es responsable del efecto observado.

**Estudio descriptivo:** Estudio cuyo objetivo es constatar hechos, observar lo que ocurre en nuestra población. Permiten generar hipótesis.

**Estudio experimental:** Estudio en el que el investigador asigna y controla el factor de estudio.

**Estudios de incidencia:** Tipo de estudios en los que seguimos a una población determinada a lo largo del tiempo para analizar la aparición o no de un fenómeno de interés. La unidad de análisis es el individuo.

**Estudios longitudinales:** Estudios en los que la recogida de los datos de interés hace referencia a dos momentos separados en el tiempo (se analizan los sujetos en varios momentos a lo largo del tiempo).

**Estudios observacionales:** Estudios en los que el investigador no participa directamente en la intervención o exposición (factor de estudio), se limita a observar (registrar) lo que ocurre en la realidad.

**Estudios pragmáticos:** Estudios cuyo objetivo principal es la evaluación de la adecuación de la práctica asistencial en condiciones normales.

**Estudios pre y post-intervención:** Estudios en los que se registran la situación basal de la muestra y los cambios que experimenta tras su exposición a una determinada intervención.

**Estudios de prevalencia:** Estudios en los que se describe una serie de variables en una población determinada y en un momento determinado. La unidad de análisis es el individuo.

**Estudios prospectivos:** Tipo de estudios en los que los hechos a estudiar no han tenido lugar aun y los sujetos son seguidos hasta obtener el resultado.

**Estudio retrospectivo:** Estudio en el cual los hechos a estudiar ya han tenido lugar al iniciar el estudio.

**Estudio transversal:** Tipo de estudio en el que se estudia la exposición y el desenlace al mismo tiempo.

**Etiqueta:** Abreviatura del nombre de un campo que puede utilizarse en su lugar para dirigir la búsqueda de información. Sin: Tag, Delimitador de campo.

**Evaluación crítica:** Véase Lectura crítica.

**Evaluación económica:** Análisis comparativo de opciones alternativas en términos de sus costes y consecuencias. Los estudios de evaluación económica pueden ser parciales, cuando sólo se describen los costes, los resultados o ambos a la vez pero de una única opción o que comparan dos o más alternativas pero sólo en función de sus costes o de sus consecuencias sin valorar ambos a la vez, o completos, cuando se analizan comparativamente dos o más alternativas mediante la valoración de los costes y de las consecuencias de cada una de ellas.

**Evaluación de tecnologías sanitarias:** Proceso de análisis e investigación dirigido a estimar el valora y contribución relativos de cada tecnología sanitaria (véase) en la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico, social e, incluso, implicaciones éticas.

**Explode:** Obtención de las referencias que contienen el descriptor especificado o cualquiera de los descriptores de su mismo campo semántico pero de significado más restringido. Sin: Automatic explosion, Exploding, Explosion, Explosión, Explosión automática.

**Exploding:** Ver Explode.

**Exploración complementaria:** Conjunto de pruebas diagnosticas realizadas con la finalidad de confirmar una hipótesis diagnostica o hacer el seguimiento de la patología de un paciente.

**Explosión:** Ver Explode.

**Explosión automática:** Ver Explode.

**Factibilidad:** Indica las posibilidades reales y práctica de que un instrumento de medida pueda ser contestado, completado y analizado. Está relacionad con el nivel de aceptabilidad del instrumento y se refleja en la proporción de rechazos, no respuesta y datos perdidos.

**Factor de confusión:** Variable que está simultánea e independientemente asociada al factor de riesgo estudiado y a la enfermedad estudiada, que puede modificar el resultado del estudio. Tal variable debe ser identificada y se debe evitar su influencia antes de la recogida de datos (mediante el emparejamiento o la restricción) o bien en la fase de análisis, mediante el análisis estratificado y la regresión múltiple.

**Factor de impacto:** Indicador bibliométrico, elaborado por el ISI (véase) y publicado en el Journal Citation Reports, que mide el uso de las revistas. Suele calcularse dividiendo el número de veces que son citados los artículos publicados en una revista durante un plazo de tiempo (habitualmente dos años), entre el número de artículos publicados por esa misma revista y en ese mismo plazo de tiempo. Puede modificarse para calcular el impacto de autores, instituciones... Sin: Impact Factor.

**Factor de riesgo:** Factor relacionado con el riesgo de que ocurra un suceso (p. ej. enfermar).

**Falso negativo:** Referido a una prueba diagnóstica, número de enfermos en que el resultado seria negativo.

**Falso positivo:** Referido a una prueba diagnóstica, número de sanos en que el resultado seria positivo.

**Farmacovigilancia:** Programas que proporcionan de forma continuada una evaluación sobre la seguridad de los fármacos. El factor clave en este sistema son los profesionales sanitarios que participan el en programa de notificación espontánea de reacciones adversas.

**Fiabilidad:** Grado de consistencia con que mide el atributo para el que está diseñado. La consistencia implica la ausencia de variabilidad o desacuerdo en repetidas observaciones o mediciones. Grado en que las mismas mediciones de los individuaos que se obtienen en diferentes condiciones dan resultados similares.

**Fiabilidad inter-observador (inter-ratio):** Mide la variación que ocurre entre diferentes observadores al medir a un mismo individuo con un mismo instrumento .

**Field:** Ver Campo.

**Filtros metodológicos:** Son estrategias de búsqueda que nos ayudan a encontrar, en bases de datos como Medline, diferentes tipos de estudio sobre tratamiento, diagnosis, etiología o pronóstico. En Pubmed se denominan "Clinical Queries". Para aplicar uno de estos filtros sólo tenemos que combinar nuestra búsqueda con AND al filtro que nos interesa.

**Forest/ Forest Plot:** Tipo de gráfico ampliamente utilizado para representar los resultados de los diversos estudios seleccionados para una revisión sistemática. El Forest Plot ayuda a decidir si los resultados de los estudios individuales son suficientemente similares para poder ser combinados en una sola estimación.

**Generabilidad:** Véase Validez externa.

**Gold Standard:** Es el criterio que define quién tiene "realmente" la enfermedad (o condición) en estudio.

**Grado o nivel de significación:** En las pruebas de significación estadística, es el valor de p, el cual, en sentido estricto, en un ensayo clínico debe ser preespecificado en la fase de diseño, el nivel aceptado con mayor frecuencia es de 0.05. Ver: P (probabilidad), Significación clínica y Significación estadística.

**Grupo de comparación:** distintos grupos que intentamos comparar en un estudio analítico, ya sean estudios caso-control, estudios de cohortes o ensayos clínicos.

**Grupo control:** En un ensayo clínico, el grupo que recibe placebo o bien un tratamiento activo ya conocido, aceptado y establecido. Sin: Grupo de referencia.
Grupo intervención: En un ensayo clínico, el grupo que recibe el tratamiento que se desea evaluar.

**Guía farmacoterapeútica:** Documento que contiene una relación limitada de medicamentos recomendados para la prescripción en un ámbito determinado, seleccionada a partir de la oferta farmacéutica en función de unos criterios previamente establecidos, con la participación y el consenso de los profesionales a los que va destinada.

**Guía de practica clínica:** Conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios y a los usuarios a seleccionar las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuada en el abordaje de una condición clínica específica.

**Hipótesis:** Suposición, fundada en observaciones o reflexiones, que puede conducir a predicciones refutables. También, conjetura elaborada de forma que pueda ser comprobada y refutada.

**History:** Archivo de todas las consultas bibliograficas realizadas a lo largo de una sesión en PubMed. También designa al subgrupo de registros que provienen de artículos sobre historia de la medicina.

**Holística:** Relativa al "holismo" que es la doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.

**Impact Factor:** Ver Factor de impacto.

**Incremento absoluto del riesgo (IAR):** Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un acontecimiento adverso, diferencia absoluta entre las tasas de acontecimientos adversos.

**Incremento relativo del riesgo (IRR):** Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un acontecimiento adverso, aumento proporcional de la tasas de acontecimientos adversos en el grupo experimental relativa a la tasa en el grupo de referencia.

**Indicador de adhesión a la Guía Farmacoterapéutica:** Indicador genérico de prescripción que indica el porcentaje de Dosis Diaria Definida (DDD, véase) de medicamentos prescritos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica respecto del total de DDD de medicamentos prescritos.

**Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS):** Base de Datos de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), contiene referencias de artículos de revistas científico sanitarias editadas en España e incluye contenidos de las diferentes ramas de las ciencias de la salud tales como Medicina (incluyendo Salud Pública, Epidemiología y Administración Sanitaria), Farmacia, Veterinaria, Psicología, Odontología y Enfermería.

**Índice Médico Español (IME):** Base de datos referencial bibliográfica, creada y gestionada por el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (IHCD), centro mixto de la Universidad de Valencia y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Cubre 321 publicaciones periódicas editadas en España especializadas en Biomedicina (Administración sanitaria, Farmacia clínica, Medicina experimental, Microbiología, Psiquiatría, Salud pública).

**Indización:** Proceso por el que el documentalista asigna unos descriptores que describen el contenido conceptual de documento con el fin de facilitar su recuperación

**Index:** Listado de todos los términos (unitérminos o compuestos) con significado que están incluidos en la Base de Datos. Esta opción permite hacer una búsqueda seleccionando los términos directamente del listado.

**Indexar:** Ver indización.

**Ineficiencia:** Situación en la cual los recursos no son empleados de la forma en que se incrementarían los beneficios producidos.

**Inferencia:** Proceso de pasar de las observaciones y axiomas a la generalizaciones. En estadística, desarrollo de la generalización a partir de los datos de la muestra, generalmente con un margen de incertidumbre.

**Instrumentos de medida de CVRS específicos:** Los instrumentos específicos incluyen dimensiones de la CVRS de una determinada afección que se quiere estudiar, capacidad funcional, o de un determinado grupo de pacientes.

Instrumentos de medida de CVRS genéricos: Los instrumentos de calidad de vida genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular. Son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes.

**Interpretabilidad:** grado en el que uno puede asignar un significado comprensible a las puntuaciones cuantitativas del instrumento.

**Intervalo de confianza:** Margen o recorrido comprendidos entre dos valores extremos (el límite inferior y el superior), entre los que cabe esperar el valor medio real de la población con un margen grado prefijado de seguridad. Ver: Nivel de confianza.

**Intervención:** Cualquier acción (preventiva, diagnóstica, sintomática o curativa) aplicada con el fin de modificar el curso de la situación previa. Cualquier tratamiento o actuación sanitaria que queramos evaluar

**ISI:** El Institute for Scientific Information fue creado por Eugene Garfield en 1958 con el objeto de publicar el primer Current Contents que cubría unas 200 revistas. En 1971, cubría más de 4000 revistas, publicaba más de 650 páginas de contenidos a la semana, y era consultado por más de un millón de científicos. En 2001, se desarrolló el ISI Web of KnowledgeSM, que integra literatura científica, tanto revistas (journals) como actas (proceedings), patentes, compuestos químicos, y hasta secuencias genómicas. El ISI fue adquirido por The Thomson Corporation, que lo convirtió en el Thomson Institute for Scientific Information. Es, por tanto, una institución privada que produce diversas Bases de Datos de primer orden en calidad y utilidad en la investigación científica, pero que sobre todo ha obtenido un notable éxito por la difusión de lo que se conoce como Impact Factor o Factor de Impacto.

**ISSN:** International Standard Serial Number, número internación único que identifica de manera inequívoca cada revista.

**Ítem:** Cada uno de los elementos, preguntas o cuestiones que constituyen un test.

**Key word:** Ver Palabra clave.

**Lectura crítica:** Es el proceso de evaluar e interpretar la evidencia aportada por la literatura científica, considerando sistemáticamente los resultados que se presenten, su validez y su relevancia para el trabajo propio. Sin: Evaluación crítica.

**Lenguaje documental:** Lenguaje artificial creado específicamente para el análisis y recuperación de la información. Contrapuesto al Lenguaje natural, se diferencia de este especialmente por carecer de variabilidad, sinonimia y polisemia.

**Lenguaje natural:** Expresión de ideas o de conceptos con los términos y con las reglas propios de un idioma o de un grupo especial de hablantes (p.e. sanitarios). Se contrapone a Lenguaje artificial y, específicamente en documentación, a Lenguaje documental.

**Límites:** Opción que ofrecen varias bases de datos, como Medline, que permite limitar/restringir una búsqueda de acuerdo a unas características como p.ej. artículos publicados en un idioma determinado, tipo de publicación (revisión, ensayo clínico), o grupo de edad, sexo, etc.

**Likehood Ratio:** Véase Razón de probabilidad.

**Literatura inédita:** Literatura que no ha sido publicada.

**Mapeo Automático de Términos:** Ver Acotado Automático de Términos.

**Mayor Topic:** Materia principal de un artículo. Sin: Descriptor mayor.

**Médical Subject Headings:** Ver MeSH

**Medicina Basada en la Evidencia (MBE):** Práctica de la medicina basada en la integración de la maestría clínica de cada médico (es decir, el dominio del conocimiento y el juicio adquirido por la experiencia) con las mejores pruebas clínica externas disponibles. También ha sido definida como la utilización consciente y juiciosa de las mejores demostraciones provenientes de la investigación clínica para la toma de decisiones en el cuidado de cada paciente.

**Medicamentos genéricos (Especialidad Farmacéutica Genérica, EFG):** Especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad está suficientemente establecido por su continuado uso clínico. La EFG debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia.

**Medicamentos huérfanos:** Cuando un fármaco no es desarrollado porque el detentador de la patente considera que no recuperará los costes de este desarrollo (en el caso de enfermedades raras y otras enfermedades no raras pero que ocurren en países pobres en los que no existe un "mercado" potencial), se lo denomina medicamento huérfano.

**MeSH (Médical Subject Headings, Encabezamientos de Materias Médicas):** Tesauro (diccionario que permite conocer la equivalencia entre los términos del lenguaje natural y los del lenguaje documental) de Medline y de PubMed.

**MeSH Subheading:** Subencabezamiento propio de MeSH.

**MeSH Term:** Descriptor propio de MeSH.

**Meta-análisis:** Integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios sobre un problema determinado. Consiste en identificar y revisar los estudios controlados sobre un determinado problema, con el fin de dar una estimación cuantitativa sintética de todos los estudios disponibles.

**Método matricial multirasgo-multimetodo (multitrait-multimethod matriz method, MTMM):** procedimiento empleado para la validación de constructo aplicando para ello los conceptos de convergencia (validez convergente) y discriminabilidad (validez discriminante).

**Método test-retest:** Método utilizado para la comprobación de la fiabilidad de un test. Correlación entre la puntuación de dos administraciones de una prueba a los mismos individuos. De esta manera se mide uno de los conceptos incluidos en la fiabilidad: la estabilidad del test.

**Modelo de medida:** Se refiere a las escalas y subescalas de un cuestionario y a los procedimientos seguidos para crear las puntuaciones.

**Muestra:** Fracción seleccionada de una población determinada, idealmente representativa de la población de referencia y de tamaño suficiente.

**Muestreo:** Selección de los sujetos de una población que tomarán parte en un estudio. El muestreo aleatorio implica que cada participante potencial de la población estudiada tiene las mismas probabilidades de ser incluido en la muestra.

**NEAR:** Operador booleano utilizado en las búsquedas en Librería Cochrane Plus. Buscará documentos donde las dos palabras que enlaza NEAR estén separadas entre sí por un máximo de seis palabras en cualquier orden.

NEXT: Operador booleano utilizado en las búsquedas en Librería Cochrane Plus. Recupera documentos donde las dos palabras están juntas en ese orden.

Nivel de confianza: Se expresa en términos probabilísticos y se interpreta como la probabilidad de que el verdadero parámetro poblacional esté dentro del intervalo de confianza. Ver: Intervalo de confianza.

Normograma de Fagan: Método de cálculo de la probabilidad postest mediante la representación gráfica de una tabla. Permite conocer la probabilidad postest mediante el trazo de una línea que una la probabilidad pretest y la razón de probabilidad, el siguiente punto de intersección con la línea situada a la derecha, señala la probabilidad postest.

Número necesario para dañar (number needed to harm, NNH): Número de pacientes que deben tomar el tratamiento experimental para que se produzca un caso adicional de un determinado acontecimiento adverso, en comparación con los pacientes que reciben el tratamiento de referencia.

Número necesario para tratar (NNT): Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Cuando el tratamiento experimental incrementa la probabilidad de un acontecimiento favorable (o cuando disminuye la de un acontecimiento adverso), número de pacientes que hay que tratar para dar lugar a un paciente más con mejoría (o para prevenir un acontecimiento adverso adicional). Se calcula como 1/RAR.

Odds: Se llama odds a la razón en la que el numerador es la probabilidad de que ocurra un suceso y el denominador es la probabilidad de que tal suceso no ocurra.

Odds post-test: Equivale a los odds (proporción) de que un paciente tenga le enfermedad una vez que se ha realizado el test diagnóstico.

Odds pre-test: Definida como los odds (proporción) de que un paciente tenga la enfermedad antes de que el test diagnóstico se efectúe.

Odds ratio (OR): Resultado de dividir la odds del grupo de interés (expuesto) por la odds del grupo de referencia (control). Si el OR = 1 el riesgo o probabilidad de que ocurra el evento es el mismo para ambos grupos (el efecto el tratamiento experimental es el mismo que el del tratamiento control); si el RO > 1 se interpretará como que el tratamiento experimental favorece la aparición del evento y si el OR < 1 diremos que protege de la aparición del mismo.

Operadores booleanos: Partículas habitualmente expresadas en inglés (AND, OR, NOT) que indican operaciones lógicas entre conceptos. Las operaciones son las de intersección (AND = recupera los documentos que contengan ambos términos), adición (OR = recupera los documentos que contengan tanto un término como otro, o la suma de los dos) o exclusión (NOT = sirve para excluir documentos que tienen un determinado término).

P: Seguida de la abreviatura n.s. (no significativa) o del símbolo < o una cifra decimal, indica la probabilidad de que la diferencia observada en una muestra haya ocurrido puramente por azar siendo los grupos comparados realmente semejantes, es decir bajo la hipótesis nula.

**Palabra clave:** Término propio del lenguaje natural, sin otras normas que las del habla de la cual procede, que puede utilizarse en la búsqueda de información. Con frecuencia se utiliza como sinónimo de Descriptor, pero este uso no es correcto y conviene evitarlo. En MeSH las palabras clave son el equivalente a los términos de entrada (Entry Terms) de un diccionario de idiomas. Sin: Key word.

**Palabra de texto:** PubMed considera "palabras de texto" a todos los números y términos con significado que aparecen, entre otros menos importantes, en los campos título (title [TI]), resumen (abstract [AB]), descriptores (MeSH terms [MH]), subencabezamientos (MeSH Subheadings [SH]), así como los nombres de sustancias químicas (Substance Name [NM]) y los nombres de personas (Personal Name [PS]) cuando unas y otras son la materia del artículo. Sin: Text Word.

Panel de expertos: Reunión de un grupo de profesionales de prestigio en una determinada materia que abordan, exponen, contrastan ... sus opiniones y experiencias sobre la actuación en un tema preocupante de interés para el que se busca la mayor uniformidad de criterios que no es posible obtener por otro tipo de estudios más eficientes.

**Perdidas de seguimiento:** Aquellos pacientes que son perdidos durante el estudio y en los cuales no podemos valorar los resultados finales.

**Población:** Grupo individuos, objetos, mediciones, etc., con determinadas características demográficas, de donde se obtiene la muestra y a la que se quiere hacer inferencia de los resultados de un estudio.

**Positivismo lógico:** También denominado neopositivismo. Movimiento filosófico contemporáneo que destaca en filosofía la importancia del análisis del lenguaje y de la metodología científica.

**Pretest cognitivo:** Conjunto de estrategias y procedimientos que se utilizan para determinar si el cuestionario funciona tal y como lo ha concebido el investigador. Debe reproducir exactamente las condiciones en las que se responderá el cuestionario definitivo y, por tanto, tiene que realizarse con el cuestionario terminado y empleando el mismo procedimiento de recogida de información, puesto que la única diferencia entre el pretest y el trabajo de campo es el número de cuestionarios contestados.

**Prevalencia:** Número de casos de una enfermedad en una población y en un momento dados.

**Prevalencia del test:** Número total de positivos obtenidos al realizar una prueba diagnóstica en relación al total de sujetos que componen la muestra estudiada.

**Probabilidad:** Es el cociente entre los casos posibles de que ocurra un hecho dividido por el total de casos.

**Probabilidad pretest o preprueba:** Proporción de pacientes que tienen la enfermedad en la muestra estudiada, y cuyo diagnóstico es fehacientemente establecido por un estándar de referencia. Es la prevalencia de la enfermedad.

**Probabilidad postest o posprueba:** Probabilidad de tener una enfermedad tras la realización de una prueba diagnóstica.

**PubMed:** Base de datos de bibliografía sobre ciencias de la salud. Puede obtenerse de ella información acerca de publicaciones de carácter científico y de contenido médico (en su sentido más amplio, incluyendo enfermería, odontología, veterinaria...).

**Randomización:** Ver Aleatorización.

**Razón de probabilidad:** Probabilidad de un resultado en los enfermos dividido por la probabilidad de ese mismo resultado en no enfermos. Sin: Cociente de probabilidad, Likehood Ratio.

**Reacciones adversas a medicamentos (RAM):** Según la OMS, "reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica". Las reacciones adversas se clasifican en dos grandes grupos: RAM tipo A, de tipo cuantitativo o predecibles, y RAM tipo B, de tipo cualitativo o no predecibles. Sin: Efecto indeseado.

**Record:** Ver Asiento.

**Reducción absoluta del riesgo (RAR):** Diferencia aritmética absoluta entre la tasa de acontecimientos (riesgo) en el grupo experimental y la tasa de acontecimientos (riesgo) en el grupo control. También se puede denominar: Diferencia de riesgos.

**Reducción relativa del riesgo (RRR):** Cociente entre la reducción absoluta del riesgo (RAR) y el riesgo en el grupo control. A la reducción relativa del riesgo se le llama también "fracción atribuible" o "diferencia relativa del riesgo".

**Registro:** Ver Asiento.

**Regresión logística:** Tipo de análisis de regresión (véase) en el que la variable dependiente sólo puede tomar dos valores. En el análisis de regresión la variable dependiente puede ser o bien categórica o bien continua (véase).

**Repetibilidad:** Referida a una prueba, es el grado en que los resultados son idénticos o estrechamente semejantes cada vez que aquella se lleva a cabo por los mismos profesionales y los mismos emplazamientos.

**Reproducibilidad:** Grado en que los resultados son idénticos o estrechamente semejantes cada vez que una prueba se lleva a cabo por distintos profesionales y es distintos ámbitos. Sin. Estabilidad.

**Retroalimentación:** Método para mantener la acción o eficacia de un sistema mediante la continua revisión de los elementos del proceso y de sus resultados con el fin de realizar las modificaciones necesarias.

**Reunión educacional:** Visita individualizada de un educador a un profesional de la salud en su ámbito de trabajo; en ella se suelen combinar técnicas de auditoria y retroalimentación.

**Revisión:** Se denomina así a todo intento que sintetice los resultados y las conclusiones de dos o más publicaciones relacionadas con un tema dado.

**Revisión bibliográfica:** recopilación de literatura realizada sobre un tema concreto en un intervalo de tiempo concreto del que se realiza un resumen y en el que no quedan explícitos los criterios de búsqueda y se destacan las conclusiones a criterio del autor.

**Revisiones narrativas:** Se basan en el análisis que hace un experto de los estudios originales existentes sobre un determinado tema o problema para posteriormente subrayar aquellos resultados que considera más importantes.

**Revisiones sistemáticas:** Revisión en las que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, criticada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados.

**Riesgo:** Resultado predecible o incierto desfavorable de una actividad, intervención o exposición. Probabilidad de que ocurra un determinado fenómeno adverso.

**Riesgo relativo (RR):** Cociente entre el riesgo de padecer un acontecimiento entre los individuos expuestos a un factor de riesgo determinado y el riesgo de padecerlo entre los no expuestos. También se puede denominar: Cociente de riesgos.

**Seguimiento:** Periodo de duración de un estudio durante el cual se mantienen contactos periódicos con los participantes en el mismo con el fin de evaluar las variables de estudio.

**Sensibilidad:** Referida a una prueba diagnóstica, es la proporción de personas verdaderamente enfermas que ha sido catalogadas como tales mediante dicha prueba.

**Sensibilidad al cambio (de un instrumento):** se refiere a la medida en que detecta y mide de manera fiable las variaciones más pequeñas de un atributo, rasgo, dimensión o constructo.

**Series de casos:** Tipo de estudio que describe una serie de características poco conocidas de un proceso o tratamiento y facilitan el conocimiento del mismo y su evolución en el tiempo.

**Sesgo:** Error sistemático producido en la estimación de los resultados, a causa de defectos en el diseño del estudio, recogida de datos o seguimiento.

**Sesgo de desgaste:** Diferencias sistemáticas que se producen entre los grupos de un ensayo clínico por la pérdida de participantes durante el estudio.

**Sesgo de información:** Sesgo relacionado con la forma en la que se obtuvieron los datos. Entre ellos se incluyen los errores cometidos en la valoración del estado de los pacientes al inicio, durante o al final del estudio; también los que ocurren cuando los datos se obtienen de fuentes sin que se conozca la calidad de las mismas. Algunos de los sesgos de información serían: el sesgo del recuerdo o de memoria, sesgo de sospecha diagnóstica, sesgo del entrevistador…

**Sesgo de interpretación de las pruebas:** Error sistemático que surge debido a la realización de las pruebas de forma no independiente y a ciegas con la consecuencia de que el conocer los resultados de una prueba influye en los de la otra.

**Sesgo de publicación:** Sesgo que surge debido a la tendencia a publicar sólo estudios con resultados positivos.

**Sesgo de selección:** Error sistemático consecuencia de que las características de los sujetos incluidos en un estudio son diferentes de las características de los no incluidos, de modo que la muestra no es representativa de la población de referencia. Se incluyen en este grupo el sesgo de los voluntarios, el de prevalencia-incidencia, el de los emigrantes, el de selección no aleatorizada, el de Berkson, el de pertenencia a grupo, el del trabajador sano…

**Sesgo de sospecha diagnóstica:** Sesgo que ocurre cuando la interpretación de una prueba se haga conociendo el resultado de otra.

**Sesgo de reproducibilidad:** Sesgo debido a la ausencia de información detallada de loas condiciones en que se ha aplicado la prueba, así como las definiciones de los resultados positivos y negativos.

**Sesgo de resultados no interpretables:** Error sistemático consecuencia de no incluir pacientes en diferentes estadios de la enfermedad.

**Sesgo de verificación o de confirmación diagnóstica:** Sesgo que ocurre cuando el estudio se limita a individuos sobre los que se realizó con anterioridad la prueba "gold Standard", que suelen ser los de mayor probabilidad de padecer enfermedad.

**Sesgo en el espectro de la enfermedad:** ¿

Sesgo por ausencia de "gold Standard": Error sistemático que se produce cuando entre los criterios de referencia que se emplean en la comparación de la utilidad de una prueba diagnóstica (en ausencia de "gold Standard") se incluye la prueba de estudio.

**Sesión bibliográfica:** Herramienta docente consistente en reuniones entre profesionales que realizan una lectura critica de un artículo científico.

**Significación clínica:** Probabilidad de que una diferencia observada tenga una repercusión sobre el curso del problema o enfermedad tratados que sea relevante para un paciente dado o para un conjunto de pacientes.

**Significación estadística:** Probabilidad de que una diferencia observada sea resultado de la casualidad y no de los determinantes causales en un estudio. El hallazgo de una significación estadística no implica necesariamente significación clínica.

**Sinopsis:** Fuentes de información que recogen resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas de alta calidad o de artículos originales.

**Síntesis:** Fuentes de información que incluyen revisiones sistemáticas de alta calidad metodológica.

**Sistema:** Fuente de información que se caracteriza por abarcar una gran variedad de temas, proporcionar un resumen de los resultados de revisiones de alta calidad y ser actualizado con frecuencia.

**Subencabezamiento:** Término que delimita el significado del descriptor al que acompaña. P.e. "Drug therapy" (tratamiento farmacológico) como subencabezamiento unido al descriptor Hypertension nos informaría que un artículo trata, entre todos los aspectos posibles de la hipertensión, su tratamiento farmacológico.Sin: Subheading.

**Subheading:** Ver subencabezamiento.

**Tag:** Ver Etiqueta.

**Tamaño de la muestra:** Número mínimo necesario de sujetos que participan en un estudio, pero a su vez suficiente para proporcionar una respuesta fiable al objetivo final de dicho estudio. La determinación de dicho tamaño mínimo es de naturaleza estadística y depende de varios factores.

**Técnica de grupos conocidos:** Procedimiento utilizado para la validación de constructo según la cual el instrumento se aplica a los grupos que, según se presume, diferirán respecto del atributo crítico a causa de una característica conocida.

**Tecnología sanitaria:** Conjunto de medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médicos y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención sanitaria.

**Teoría estadística de Bayes o Teorema de Bayes:** Establecimiento inductiva de la probabilidad de una hipótesis a partir de algunas observaciones. Según el teorema de Bayes, la probabilidad posterior (o a posteriori) de una hipótesis es igual a una constante, multiplicada por la verosimilitud o posibilidad de la hipótesis (definida como la probabilidad de observar unos acontecimientos determinados si la hipótesis considerada fuera de hecho cierta) y por la probabilidad anterior de la hipótesis.

**Término MeSH:** Ver MeSH Term

**Término de entrada:** Relacionado con Palabra clave (véase).

**Tesauro:** Es un repertorio de términos con expresión de las relaciones semánticas que los unen. Habitualmente consta de dos partes, una sección categorizada, que expresa las relaciones jerárquicas, genérico-específicas, entre los términos normalizados (descriptores), lo que nos permite conocer el campo semántico (significado) que abarcan los distintos términos. La sección alfabética es una ordenación de todos los términos, normalizados (descriptores) o no normalizados (palabras clave), que de forma similar a un diccionario de idiomas, permite conocer las relaciones de equivalencia entre unos y otros términos. Sin: Thesaurus.

**Test Chi cuadrado (2):** Prueba estadística utilizada para determinar el grado de asociación entre variables categóricas (véase).

**Test de McNemar:** Prueba de significación estadística para probar la hipótesis nula de inexistencia de cambios en la proporción de sujetos que experimentan un acontecimiento, cuando cada individuo es evaluado dos veces (en condiciones diferentes) y los datos están emparejados.

**Test T de Student:** Prueba de significación estadística paramétrica (véase) para contrastar la hipótesis nula respecto a la diferencia entre dos medias.

**Test U de Mann-Whitney:** Prueba de significación estadística no paramétrica (véase) para probar la hipótesis nula de que el parámetro de localización (generalmente la mediana) es el mismo cuando se comparan dos grupos independientes, cualquiera que sea el tipo de distribución de la variable (distribución normal o de otro tipo).

**Test de Wilcoxon:** El contraste de Wilcoxon es la técnica no paramétrica paralela al test T de Student para muestras apareadas.

**Text Word:** Ver Palabra de texto.

**Thesaurus:** Ver Tesauro.

**Transferabilidad:** Término acuñado en investigación cualitativa sugiere que en la medida en que el investigador ha respetado el criterio de maximizar la diversidad en la obtención de la muestra y realice una detallada descripción del contexto y participantes, los hallazgos pueden ser aplicables en contextos similares.

**Triangulación:** Técnica empleada en investigación cualitativa para controlar sesgos. Consiste en obtener distintas perspectivas del fenómeno estudiado utilizando diferentes métodos de investigación (cualitativos y cuantitativos. La triangulación puede ser simultánea o secuencial.

**Truncado:** El término truncar significa en español “cortar el extremo de una cosa”. Aplicado a un término de búsqueda consiste en separar del término su terminación y sustituirla por un símbolo comodín (en PubMed es un asterisco -*-). El resultado es la selección de todos los términos que contienen la raíz superviviente.

**Umbral de decisión:** Nivel de probabilidad a partir del cual el beneficio previsible de toma una decisión de intervenir iguala o mejora al beneficio de no tomarla

**Validez:** Capacidad de un instrumento para medir aquello para lo que ha sido diseñado, denota el grado en que el instrumento mide lo que se supone que debe medir.

**Validez aparente o facial:** Forma especial de la validez de contenido que se refiere al hecho de que el instrumento parezca, de la impresión a las personas evaluadas, de que es adecuado para medir lo que se pretende medir.

**Validez concurrente:** Denota la capacidad de un instrumento de distinguir a los individuos que difieren en su condición actual respecto de un criterio.

**Validez convergente:** Aspecto de la validez de constructo que se refiere al grado en que diferentes formas de medir el mismo constructo (o dimensiones de un constructo) se correlacionan la una con la otra.

**Validez de constructo:** Grado en que una prueba o instrumento mide un determinado rasgo, característica o constructo.

**Validez de contenido:** Determina si el instrumento contiene ítems representativos de todas las dimensiones que forman la definición del concepto o constructo en estudio.

**Validez de criterio:** Concordancia entre los resultados de la medida del instrumento y los resultados de la medida realizada mediante un criterio o patrón de referencia (gold standard) de lo que se quiere medir.

**Validez discriminante o divergente:** Aspecto de la validez de constructo que demuestra que una medida no se correlaciona con otras medidas cuya finalidad es medir rasgos, dimensiones o constructos diferentes a los que ella mide.

**Validez externa:** Grado en que las conclusiones obtenidas con la muestra de población que participa en un estudio pueden ser generalizadas a su población de referencia o a otras poblaciones, lugares, momentos e investigaciones.

**Validez interna:** Grado en que los resultados de un estudio miden la realidad para la muestra de población que participa en un estudio. Grado en que un estudio esta libre de sesgos.

**Validez predictiva:** Se refiere a la idoneidad de un instrumento para diferenciar entre el desempeño o las conductas de los individuos respecto de un criterio futuro.

**Valor global de un test:** Proporción de sujetos correctamente clasificados por el test en relación al total de sujetos que componen la muestra estudiada.

**Valor predictivo negativo:** Referido a una prueba diagnóstica, la probabilidad de que una persona con un resultado negativo sea un verdadero negativo.

**Valor predictivo positivo:** Referido a una prueba diagnóstica, la probabilidad de que una persona con un resultado positivo sea un verdadero positivo.

**Variabilidad:** Variación entre individuos debido a determinantes genéticos, ambientales, patológicos...(variabilidad interindividual) u oscilación de variables biológicas en un mismo individual según las circunstancias (variabilidad intraindividual).

**Variable:** Cualquier atributo, fenómeno o hecho que pueda tener diferentes valores.

**Variable categórica:** Se dice de la variable que presenta interrupciones. Una variable es categórica si, entre varios valores potencialmente observables, hay un valor que no puede ser observado. Ejemplo: variables binarias.

**Variable continua:** Se dice de la variable que no presenta interrupciones. Una variable es continua si, entre dos valores observables, siempre existe la posibilidad de que haya otro valor observable. Ejemplos: edad, peso, altura.

**Verbatim: Su significado es:** Literalmente, o palabra por palabra. Anglicismo utilizado en investigación cualitativa para denominar a la transcripción exacta, en la fase de exposición de resultados, de las expresiones surgidas durante el grupo de discusión de los participantes, es decir conservado la expresión literal grabada.

**Verdaderos negativos:** Grupo de pacientes sanos en los que el test es negativo.

**Verdaderos positivos:** Grupo de pacientes con enfermedad y que además son detectados por el test.