



Reflexiones epistemológicas y metodológicas sobre la investigación cualitativa en terapias de sustitución de la función renal¹

Lorena Mesa Melgarejo²

doi:10.11144/Javeriana.ie19-2.remi

Cómo citar: Mesa Melgarejo L. Reflexiones epistemológicas y metodológicas sobre la investigación cualitativa en terapias de sustitución de la función renal. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2017;19(2):97-112. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.remi>

-
1. Artículo de reflexión. Fecha de recepción: 30 de julio de 2015. Fecha de aceptación: 10 de agosto de 2016.
 2. Candidata a Doctora en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Investigadora del Grupo Perspectivas del Cuidado, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Colombia. Correo electrónico: lpmesam@unal.edu.co

Resumen

En este artículo de reflexión se analizan los aspectos metodológicos y epistemológicos de artículos derivados de investigación cualitativa sobre el fenómeno de vivir con una terapia de sustitución de la función renal (TSFR), publicados durante los últimos años. La reflexión emerge como parte de un metaestudio sobre las TSFR. Para ello, se describen cada una de las etapas del metaestudio y algunos hallazgos que sirven para ilustrar las contradicciones y los vacíos de las publicaciones, a luz de las premisas del paradigma cualitativo de investigación. En términos generales, este análisis pone en tensión los procesos de investigación cualitativa, y su publicación, sobre las experiencias de personas en TSFR, ya que se reproducen procesos de lo cuantitativo y, sobre todo, porque se conceptualiza la salud, la enfermedad y a las personas desde la lógica positivista.

Palabras clave: investigación cualitativa; métodos; metodología; práctica clínica basada en la evidencia; conocimiento

Epistemological and Methodological Reflections about Qualitative Health Research on the Renal Replacement Therapy

Abstract

The purpose of this reflection article is to analyze the methodological and epistemological aspects of qualitative research in recently published articles based on the phenomenon of living with a renal replacement therapy (RRT). The reflection emerges as part of a meta-study on RRT. For this purpose, each of the stages of the meta-study are described as well as some findings that illustrate the contradictions and gaps in publications, in the light of the premises of qualitative research paradigm. In general terms, this analysis creates tension in processes of qualitative research, their publication, on the experiences of people in RRT, since qualitative processes are reproduced and, above all, because health, disease and people are conceptualized from the logical positivism.

Keywords: qualitative research; methods; methodology; clinical practice based on evidence; knowledge

Reflexões epistemológicas e metodológicas sobre pesquisa qualitativa em terapias de substituição da função renal

Resumo

Neste artigo de reflexão são analisados os aspectos metodológicos e epistemológicos de artigos derivados de pesquisa qualitativa sobre o fenômeno de viver com terapia de substituição da função renal (TSFR) publicados durante os últimos anos. A reflexão emerge como parte do metaestudo sobre as TSFR. Para isso, descreve-se cada um dos estágios do metaestudo e alguns achados que servem para ilustrar as contradições e lacunas das publicações, à luz das premissas do paradigma qualitativo de pesquisa. Em termos gerais, esta análise põe em tensão processos da pesquisa qualitativa, e sua publicação, sobre as experiências de pessoas em TSFR, pois reproduzem processos do quantitativo e, mormente, porque é conceitualizada a saúde, doença e as pessoas desde a lógica positivista.

Palavras-chave: pesquisa qualitativa; métodos; metodologia; prática clínica baseada na evidência; conhecimento

Introducción

La década de los noventa fue testigo de un crecimiento, reconocimiento y consolidación de las metodologías de investigación de síntesis o integración de estudios primarios como un asunto fundamental para el conocimiento científico, en general, y para las ciencias de la salud de enfoque clínico, en particular. Parte de estos acontecimientos se relacionan con el desarrollo de la medicina basada en la evidencia (MBE) (1) y su adopción (en algunos casos adaptación) en otras profesiones del sector de la salud, al ser reconocida como una herramienta central para la toma de decisiones en ámbito clínico. Así, su uso empezó a ser casi que exigido en la cotidianidad de la atención en salud (2).

Sin duda alguna, en la MBE se privilegiaron los resultados derivados de la investigación cuantitativa, que ubica el enfoque experimental en el lugar más alto de la jerarquización de la calidad de la evidencia junto con los metanálisis (3). Estos últimos se propusieron a finales de los años ochenta como una herramienta para sintetizar estimaciones de un determinado factor sobre grupos poblacionales desde estudios previamente publicados sobre el tema de interés (4) en las ciencias sociales, en general, y desde los años noventa, en la medicina, específicamente. Desde entonces, su uso se ha crecido y consolidado exponencialmente (5).

En las primeras décadas de auge de la MBE, la investigación cualitativa permaneció relegada a los últimos escalones de la calidad de las evidencias, aspecto que generó diversas críticas por el olvido y poco reconocimiento de los métodos cualitativos en la intervención en salud. Actualmente, estas han calado y tenido un efecto, que no juzgaremos como positivo o negativo, pero que lograron la visibilidad de un paradigma que la ciencia moderna ha puesto en segundo lugar (6,7).

Prueba de lo anterior es que, en noviembre de 2013, la Colaboración Cochrane, hito de las investigaciones integrativas y de síntesis, publica la primera revisión sistemática de estudios cualitativos con su sello y la incluye como parte de su base de datos de revisiones para la toma de decisiones relacionadas con la intervención en salud (8). Esta metasíntesis cualitativa se convirtió en insumo de la Organización Mundial de la Salud para orientar los programas de suplencia de profesionales en el cuidado materno infantil en el primer nivel de atención (9), pues consideró que aportaba la evidencia suficiente para recomendar que, con una capacitación adecuada, las acciones desarrolladas por no profesionales de la salud voluntarios o remunerados mostraban en la atención a gestantes y recién nacidos “beneficios prometedores en comparación con la atención habitual o ninguna intervención” (10).

La anterior situación podemos considerarla rezagada, si tenemos en cuenta que este hecho ocurre veinte años después del surgimiento de la Colaboración Cochrane (1) y veinticinco años después de la publicación de Noblit y Hare (1988), titulada “Meta-etnografía: sintetizando estudios cualitativos”, tal vez la primera formal sobre métodos de integración de estudios de corte cualitativo. En su momento, los autores la definieron como un análisis textual comparativo de estudios publicados desde una perspectiva

inductiva e interpretativa (11). En términos generales, la metaetnografía se presentó como un proceso en el cual “se ponen juntos” los hallazgos de diferentes investigaciones que versan sobre un mismo fenómeno etnográfico, con el fin de ampliar la perspectiva del investigador social (11). La propuesta de Noblit y Hare, el antecedente de mayor relevancia para la integración de resultados de investigación cualitativa, surge en un momento en el que, por un lado, hay un interés sobre los orígenes o raíces históricas y epistemológicas de la investigación cualitativa (6,12) y, por otro, durante un apretado debate sobre la utilidad de los resultados de investigación cualitativa en el campo de la intervención en salud, así como en plena gestación del modelo de la MBE en McMaster (1).

De acuerdo con Dixon-Woods y colaboradores (13), la primera publicación de integración de estudios cualitativos en temáticas de atención en salud y en inglés fue en 1994, y entre este año y 1999 se habían realizado 10 publicaciones, y más de 300 hasta el 2008 (fecha de cierre de su estudio); la mayoría de ellos aparecieron en revistas de enfermería, lo que nos hace pensar que es un campo de creciente interés para la disciplina.

En línea con lo anterior, y atendiendo a las necesidades de contextos específicos de cuidado, como lo es la atención integral a personas con insuficiencia renal terminal, se desarrolló la investigación titulada *Terapias de sustitución de la función renal: metaestudio y síntesis de evidencias Q*. Durante el proceso de esta experiencia de investigación, surgieron interrogantes, críticas y análisis sobre los modos en que producimos, divulgamos y evaluamos la calidad de la investigación cualitativa, los cuales se presentan a modo de reflexión en el presente artículo, en el que se profundiza sobre aspectos metodológicos y epistemológicos de los estudios incluidos en el metaestudio y algunos hallazgos que sirven para ilustrar las contradicciones y vacíos de las publicaciones, a luz de las premisas del paradigma cualitativo de investigación. Lo anterior con el fin de estimular el debate académico y, principalmente, la reflexividad de quienes nos sentimos próximos al paradigma cualitativo.

Para presentar y comprender los temas de reflexión que se expondrán más adelante, es necesario comentar que tienen como fundamento el desarrollo de un metaestudio sobre la experiencia y vivencia cotidiana de personas en terapias de sustitución de la función renal (TSFR). En términos generales, el metaestudio sigue la propuesta CERQual, de la Colaboración Cochrane (14-16).

En los resultados se incluyeron 75 estudios, de los cuales 52 exploraban experiencias relacionadas con hemodiálisis (HD), 10 de diálisis peritoneal (DP), 6 de trasplante, 6 DP y HD al mismo tiempo y un estudio exploró 3 las TSFR. Las fechas de publicación están entre 2003 y 2014. En general, los estudios incluidos describieron y representaron el fenómeno de vivir en una condición de cronicidad y estar sometido a una TSFR de manera muy semejante, aun con la diversidad de nacionalidades y de metodologías que reportaron los estudios.

Reflexiones sobre la experiencia

Durante el desarrollo de las etapas o pasos metodológicos mencionados en los párrafos anteriores, surgieron diversas reflexiones que se establecieron como un proceso crítico y paralelo al proceso del metaestudio. Por cuestiones de formato de publicación, no fue posible plasmar muchas de estas reflexiones en un artículo original; pero son relevantes para el ejercicio investigativo. A continuación, presentamos algunas de estas, organizadas por el momento o etapa metodológica; a su vez, son discutidas con otros autores para enriquecer la argumentación y el debate.

La denominación

Existe una amplia variedad de terminología y opciones de denominación que se relacionaban con el proceso de integrar resultados de investigación cualitativa. Al menos, 19 términos diferentes se encuentran en el idioma inglés (17-19) y 4 en español (20,21) (tabla 1).

TABLA 1. Terminología relacionada con la integración de estudios cualitativos

Inglés	Español
Qualitative Systematic Review Qualitative Meta-Synthesis Qualitative Research Synthesis Qualitative Evidence Synthesis Qualitative Interpretive Meta-Synthesis Best Fit Synthesis Critical Interpretive Synthesis Framework Synthesis Meta-Aggregation Meta-Ethnography Meta-Interpretation Meta-Study Meta-Summary Narrative Synthesis Meta-Narrative Review Qualitative Meta-Synthesis Realist Synthesis Rapid Realist Synthesis Thematic Synthesis	Metasíntesis cualitativa Metaestudio Metamétodo Metateoría Metadato

FUENTE: elaboración propia a partir de Dixon-Woods y cols., McCormack y cols., Booth y cols., Capilla y cols.

Para autores como Dixon-Woods (22), McComarck y cols. (17) o Gough y cols. (23) los investigadores pueden verse ante una caja de Pandora con tanta variedad de términos. Algunos de estos autores reconocen que, en ciertos casos, no hay una diferencia real en términos metodológicos entre los nombres encontrados y que el uso de uno u otro puede relacionarse con

la experiencia de los investigadores. En otros casos, la diferencia es muy marcada y está definida por la profundidad e intención de la integración de los estudios, por ejemplo, si solo se quiere describir globalmente o reinterpretar los hallazgos (17,23-25).

Si bien es cierto que el presente escrito no tiene por objetivo dejar establecidas las diferencias entre las terminologías, consideramos fundamental que los investigadores interesados en la realización de una integración de estudios cualitativos tengan presente que deberán enfrentarse a una lectura previa sobre cada una de las posibilidades metodológicas que la literatura ofrece y basado en ello tomar decisiones.

Sobre el proceso de búsqueda y la selección de estudios

Los resultados del metaestudio permitieron evidenciar dos asuntos relacionados con el proceso de búsqueda de estudios cualitativos: el primero, los modos en que las bases de datos indexan los resultados de investigación cualitativa y su subsecuente recuperación, y el segundo, las diferencias de resultados según la institución desde donde se hacen las búsquedas.

La indexación o indización “es el proceso de describir o representar el contenido temático de un recurso de información. Este proceso da como resultado una lista de encabezamientos o índice de términos de indización que será utilizado como herramienta de búsqueda y acceso al contenido de esos recursos, a través de sistemas de recuperación de información como las bases de datos” (26). De acuerdo con esta definición, las formas en que las bases de datos incluyen información frente a los documentos es relevante para su identificación.

Para el metaestudio, las búsquedas se llevaron a cabo en: Scopus, Embase-Elsevier, EBSCO Host, Cuiden, LILACS, Medline Ovid, Cochrane Library, Dialnet, PsycARTICLES, Web of Science y CINAHL. La mayoría de estas bases no cuentan con filtros que permitan buscar exclusivamente estudios relacionados con lo cualitativo, a diferencia de lo que sucede, por ejemplo, con los ensayos clínicos, los cuales sí tienen un filtro especial o, incluso, como es el caso de Medline-Ovid cuentan con un microsítio destinado solo para este fin. Así, los procesos de identificación de manuscritos relacionados con lo cualitativo implican mayor tiempo en la selección y recuperación de los textos de interés. Por otro lado, fue complejo encontrar en los tesauros de las bases de datos más usadas en salud descriptores afines o representativos de lo cualitativo, por ejemplo: vivencia, experiencia de vida, subjetividad, fenomenología, teoría fundamentada, entre otros.

Sobre la recuperación, vale la pena mencionar que hay un porcentaje, aunque pequeño, de textos completos que requiere pago por parte de los autores. En nuestra experiencia sucedió con al menos siete de una misma revista especializada. Este es un asunto relevante si tenemos en cuenta que la labor investigativa en muchos centros académicos de Latinoamérica, en especial de Colombia, se desarrolla como parte de las funciones docentes y, por lo tanto, no hay financiación o la financiación se dirige a otros rubros.

El segundo asunto de este apartado trata de las diferencias que se pueden obtener en el número de resultados según la institución desde la que se haga, aun tratándose de la misma base de datos. Algunas de las investigadoras tienen doble filiación institucional, lo que permitió verificar que cuando se usa la misma ecuación de búsqueda en la misma base de datos, pero desde accesos institucionales diferentes, los resultados pueden variar significativamente. Esto resulta llamativo, ya que uno de los elementos centrales, metodológicamente hablando, en cualquier estudio que requiera búsquedas bibliográficas, es la reproducibilidad. Este concepto, que se relaciona con el hecho de que otras personas puedan obtener resultados idénticos al usar la misma ecuación de búsqueda en la misma base de datos bibliográfica (BDB), es un fundamento de la credibilidad de las revisiones; pero si hay tal variedad según la institución, quedaría en entre dicho este principio. Sería relevante que los autores incluyan esta información como parte del rigor de las revisiones.

Sobre la evaluación de la investigación cualitativa

En nuestra experiencia de investigación, seguimos la propuesta CERQual, que incluye la valoración de la calidad metodológica con el instrumento Critical Appraisal Skills Programme (CASP), el cual contiene diez preguntas que permitirían a los evaluadores considerar si el estudio es válido, confiable y relevante. En general, el CASP es el instrumento más utilizado para evaluar la calidad de los estudios cualitativos (27); sin embargo, de acuerdo con el estudio de Hannes y Macaitis (27), existen al menos veinticuatro herramientas diferentes para hacer la valoración de calidad (28). Por otro lado, Walsh y Downe, en 2006 (citados en 28), identificaban, al menos, ocho sentidos distintos de considerar la calidad de un estudio cualitativo (29).

Entonces, otra compleja decisión a la hora de integrar estudios cualitativos es determinar qué consideramos por rigor y calidad, máxime cuando hablamos de generación de evidencias para la implementación en la práctica (30). Al respecto, se identificó otro interesante debate entre los cualitativos de trayectoria. Janice M. Morse, por ejemplo, llama la atención sobre la necesidad de redimensionar el sentido de evidencia cualitativa, pues cuestiona el hecho de que, por un afán de entrar en el mundo de las prácticas basadas en la evidencia, se han seguido estándares cercanos a lo cuantitativo para valorar la calidad y el rigor, sin tener en cuenta que la pregunta cualitativa y el interés cualitativo no está necesariamente ligado al concepto de efectividad (29), tan central en estas. Pero lo más importante quizá es que, como afirma Calderón-Gómez:

Cada método de análisis (temático, de contenido, teoría fundamentada, conversacional, del discurso, etc.) conlleva sus peculiaridades en el tratamiento de los textos y los contextos en que se generan, así como diferentes énfasis en el componente interpretativo, lo cual repercute necesariamente en el enfoque de la evaluación de su calidad. (30)

En relación con lo anterior, se identificó que ninguna herramienta usada para evaluar la calidad hacía referencia explícita a la consistencia de los estudios respecto del enfoque al cual se adscriben, es decir, no se encontraron ítems en tales herramientas para valorar ese “énfasis en el componente interpretativo”, según el método de investigación. Esto puede relacionarse con el hecho de que “las características teórico-metodológicas propias de la ICS [investigación cualitativa en salud] van más allá de la artificialidad de los formatos” (30), y por lo tanto, la experiencia de los investigadores y, sobre todo, el profundo conocimiento sobre los fundamentos ontológicos, epistemológicos y gnoseológicos de los diferentes métodos desempeña un papel fundamental en la valoración de las publicaciones, porque, como afirman Dixon-Wood y cols., “algunas de las cualidades más importantes de la investigación cualitativa pueden ser muy difíciles de medir” (31; traducción propia) o estimar. Al respecto, y como lo trataremos más adelante, los formatos de publicación convencionales pueden no facilitar ni la tarea evaluadora, ni la de comunicar favorablemente los hallazgos cualitativos.

Por otro lado, existe una corriente de autores que aboga por la flexibilidad como premisa fundamental de la investigación cualitativa, pues la complejidad de la realidad y de la experiencia humana desborda el propio método seleccionado (32), de modo que el propio método es dinámico y fluctuante; sin embargo, queda el interrogante sobre por qué y para qué acudir a determinado método, enfoque o tradición filosófica a la hora interpretar los textos y la experiencia subjetiva y la forma en que estas se reflejan en la descripción o teorización del fenómeno. ¿Es esto necesario/relevante, o no? ¿Hace parte de una dimensión del rigor y de la calidad metodológica a la hora de valorar un estudio cualitativo? Desde nuestra perspectiva, es relevante en la medida en que el énfasis (o perspectiva), de acuerdo con el método o enfoque es distinto, así una interpretación fenomenológica, por ejemplo, tiene rasgos profundamente distintos a la que pueda derivarse del interaccionismo simbólico. El problema, como lo trataremos en el siguiente apartado, se relaciona con el cómo se reflejan en los resultados publicados tal consistencia entre método y hallazgos.

Interrogantes epistemológicos y metodológicos sobre los estudios seleccionados y sobre el proceso de su integración

En los 75 estudios integrados en el metaestudio se identificaron 14 tipos de diseños distintos (tabla 2), y a su vez variaciones dentro de una misma perspectiva. Por ejemplo, de 16 artículos que usaron la fenomenología, algunos explícitamente referían haber usado la propuesta de autores específicos: Ricoeur (25%), Husser (12,5%), Giorgi (6,5%), Hycner actualizada con Kvale (6,25%); otros mencionaban el matiz filosófico: fenomenología existencialista (6,25%), fenomenología hermenéutica (6,25%), etc. Ante este panorama nos preguntamos: ¿qué tan diferentes se presentaron los resultados (exploraciones) teniendo en cuenta las diversas metodologías reportadas en los estudios? ¿Los autores hicieron (hacemos) lo suficiente para que los resultados expresen la finalidad de la perspectiva teórico-metodológica seleccionada?

TABLA 2. Diseños reportados en los estudios

Diseños	Número de estudios que la reportan
Descriptivo exploratorio	19
Fenomenología	16
No explícito (solo mencionan investigación cualitativa)	9
Teoría fundamentada	9
Descriptivo	6
Estudio de caso	4
Clínico-cualitativo	2
Metasíntesis	2
Narrativo	2
Relato biográfico	2
Descriptivo exploratorio y narrativo	1
Etnografía clásica o tradicional	1
Fenomenografía	1
Investigación basada en la comunidad	1

FUENTE: Mesa y cols., 2016.

El metaestudio desarrollado nos sugirió que no siempre se representa o hace evidente el núcleo epistemológico o la escuela filosófica en el modo que se presentan los resultados publicados. La expectativa como revisores de los artículos era encontrar los aspectos epistemológicos en la descripción/interpretación de las experiencias; por ejemplo, cuando nos encontramos con un fenómeno que se aborda desde la perspectiva fenomenológica, esperábamos hallar esa “conciencia de lo vivido” en la experiencia del otro en los resultados, o esa “construcción simbólica en interacción” si nos aproximamos desde la teoría fundamentada, pero esto no fue contundente. Para ejemplificar el anterior planteamiento, podemos traer a colación el estudio de Lee y cols. (33), incluido en el metaestudio, cuyo objetivo fue profundizar teóricamente sobre la fatiga en personas con hemodiálisis usando como método la fenomenología, y para el análisis de datos, la propuesta de Colaizzi. Como resultados se obtuvieron tres grandes temas (las autoras los denominan dominios): fatiga física, fatiga afectiva y fatiga cognitiva. Al analizar los hallazgos en cada una de estas se encuentran descripciones sobre cómo cada tipo de fatiga es referida por los entrevistados y hacen hincapié en los procesos biológicos y biomédicos. Las autoras no discuten ni muestran cómo estos temas representan la conciencia de los entrevistados frente al fenómeno de interés.

Una situación similar se identificó en el estudio de Yu y Petrinni (34). En este caso, el objetivo era explorar la calidad de vida relacionada con la salud de personas con enfermedad renal y en TSFR; también usaron el método fenomenológico y a Colaizzi. Los resultados son las expresiones y descripciones de los participantes para cada uno de los dominios que hacen parte de la reconocida escala de medición de la calidad de vida relacionada con la salud de la Organización Mundial de la Salud (WHO HRQoL). Vale la pena aclarar que los dos ejemplos citados con anterioridad pasaron las evaluaciones de la calidad metodológica de acuerdo con los ítems de la propuesta CERQual.

Existen varios casos en los que se evidencia ese vacío o inconsistencia entre lo epistemológico y la manera como se presentan los resultados, los cuales no se pueden mostrar detalladamente; pero se considera que sirven para ilustrar de dónde provienen los interrogantes planteados párrafos atrás.

Otro aspecto que llama poderosamente la atención en las publicaciones es que hacemos invisible al otro/otra como coconstructor de la realidad, aun cuando el paradigma de lo cualitativo reivindica lo subjetivo y lo experiencial. Las descripciones de quiénes son los sujetos que participan en los estudios no pasan de un conjunto de datos sociodemográficos, a veces acontextual y ahistóricos; no hay información sobre dónde se realizan los encuentros ni bajo qué circunstancias. Todos terminan siendo pacientes con enfermedades y discursos que suelen traducirse o mimetizarse en el lenguaje biomédico.

Tanto Kearney (35) como Greenhalgha y cols. (25) consideran que las anteriores situaciones pueden estar relacionadas con el formato de publicación, pues, debido a su estructura, lo que se publica termina siendo una pequeña pieza de una experiencia mayor y, por lo tanto, el resultado escrito en el artículo no representa la complejidad del método que se usa.

En línea con lo anterior, surge el interrogante sobre la conciencia epistemológica, como diría Morin (36), que los autores e investigadores tenemos a la hora de abordar un fenómeno desde la perspectiva cualitativa. Si bien es cierto el término *cualitativo*: “abarca distintas orientaciones y enfoques, diversas tradiciones intelectuales y disciplinarias que se fundan, muchas veces, en diferentes presupuestos filosóficos y que despliegan renovadas estrategias de recolección y de análisis de los datos” (37), es fundamental tener claridad sobre el carácter constructivo del conocimiento, la legitimación de lo singular y el proceso dialógico y comunicativo sobre el cual se posibilita el conocer desde lo cualitativo, así como sus especificidades y dimensiones del rigor (37). Tener conciencia epistemológica implica hacer explícito cómo se significa y resignifica lo subjetivo, la interpretación, la comprensión y, sobre todo, la reflexividad frente a la experiencia/vivencia del otro, y en este punto la coherencia metodológica debe ser central.

Por otro lado, ante tal variedad y matices de métodos, ¿su integración y metanálisis se posibilita, teniendo en cuenta las diferencias epistemológicas que subyacen?, ¿cuáles son las recomendaciones al respecto? El grupo de revisiones cualitativas de la Colaboración Cochrane, respecto de la integración de los estudios, recomienda usar cualquier método, siempre y cuando posibilite “el proceso de combinar las evidencias procedentes de estudios cualitativos para crear una mayor comprensión [...] enfocada en el tema de interés” (38; traducción propia). No existe una discusión respecto de la raíz epistemológica de los métodos, no hay una recomendación al respecto. En contraste, Calderón-Gómez, basándose en autores como Eakin y Barbour, declara como riesgo el hecho de “trasladar mecánica e indistintamente métodos y procedimientos sin tener suficientemente en cuenta los diferentes enfoques epistemológicos y metodológicos [lo cual] ha sido repetidamente remarcado” (39). Desde nuestra experiencia con el metaestudio, vimos que no hay diferencias marcadas en las maneras como se describe, interpreta o teoriza el fenómeno de vivir en una TSFR a lo largo de los estudios incluidos, lo

cual puede estar relacionado con la reflexión sobre la consistencia epistemológica y la presentación de los hallazgos. Sin embargo, la duda permanece.

La traducción a evidencia para implementar en la práctica

El debate actual ya no es si los resultados procedentes de la investigación cualitativa son o no relevantes; el debate se instala en cómo traducir a evidencias para la práctica tales resultados. Sabemos que la sustancia de la evidencia cualitativa —también denominada *evidencia-Q*— es definitivamente distinta a la que proviene de estudios cuantitativos; sin embargo, en el plano de lo clínico (específicamente) continúa siendo un proceso complejo su implementación (36). Esta situación puede estar relacionada con diferentes aspectos, por ejemplo, Janice M. Morse menciona los siguientes: complejidad del nivel de la evidencia, las particularidades en la situación de los pacientes y el juicio clínico frente a las necesidades de los pacientes (40). Además, consideramos que la mayoría de los estudios buscan comprender o describir los fenómenos, más que la intervención; es como si se dejase esa tarea al profesional en su campo práctico. A pesar de que todos los documentos alertan sobre la importancia de tener en cuenta sus hallazgos a la hora de planear el cuidado, ninguno asume una postura reflexiva sobre las posibilidades prácticas, sobre cómo usar sus hallazgos (41). Debiese ser una tarea de los investigadores el propiciar herramientas para lo práctico desde los propios informes o publicaciones de resultados.

La Colaboración Cochrane recomienda, a la hora de hacer síntesis de evidencias Q, seleccionar estudios que incluyan intervenciones (15). Al respecto, es importante mencionar que las metodologías cualitativas que buscan intervenir tienen una metodología propia, pues implica un abordaje multimétodo, que permite intervenir desde las propias lógicas de los sujetos participantes (6), y son realmente escasos los estudios en los espacios clínicos que se desarrollan así. Tal vez el propio esquema de implementar hallazgos cualitativos requiera pensarse distinto.

Conclusión

La aproximación al conocimiento y experiencia de integrar resultados de investigación cualitativa, para poder entender sus propuestas, finalidades y aportes teóricos y prácticas, permitió identificar una serie de reflexiones y cuestionamientos que permiten concluir que es un reto epistemológico y metodológico intentar integrar diversidad de perspectivas, de escenarios y de contextos, sobre todo porque al ver de cerca y detalladamente la producción cualitativa sobre las experiencias de personas en TSFR, se pone en interrogante los propios procesos investigativos y las publicaciones derivadas de estos.

Por otro lado, sugiere posibles contradicciones para los investigadores cualitativos, ya que pueden estar atrapados en el lenguaje de las bases de datos o de las publicaciones científicas, así como como en las lógicas positivistas de la investigación, pues repetimos procesos de lo cuantitativo; pero, sobre

todo, porque vemos la salud, la enfermedad y a las personas desde su conceptualización positivista, y esto es lo realmente complejo: intentar explorar el mundo subjetivo con un arraigo tan profundo en la ciencia médica tradicional. Sin embargo, la posibilidad de generar comprensiones de mayor envergadura y que posibiliten su uso en la práctica clínica es interesante y necesario.

Por fortuna, no hay verdades absolutas ni recorridos únicos, de modo que la invitación a repensar la epistemología y metodología de la integración de estudios cualitativos está presente.

Financiamiento

El proyecto de investigación del que se origina la reflexión presentada en el artículo fue financiado por los fondos de Convocatoria Institucional de Apoyo a Proyectos de Investigación de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Claridge J, Fabian T. History and development of evidence-based medicine. *World J Surg*. 2005 May;29(5):547-53.
2. Huertas, M. Enfermería basada en evidencias: algunas paradojas. *Evidentia* [internet]. 2012 oct-dic;9(40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev4000.php>
3. Castillejo M, Zuliaca C. Calidad de la evidencia y grado de recomendación: Guías Clínicas [internet]. 2007;7(supl 1):6. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.pdf>
4. Borenstein M, Rothstein H. Meta-analysis: concepts and applications [internet]. 2013. Disponible en: <http://cms.education.gov.il/NR/rdonlyres/45CCC357-4A00-42A6-9E8B-F892A24B202E/37798/MetaAnalysisConceptsandApplications.pdf>
5. Botella J, Sánchez-Meca J. Meta-análisis en ciencias sociales y de la salud. Madrid: Síntesis; 2015.
6. Gurdíán-Fernández A. El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa. San José, Costa Rica: IDER; 2007.
7. Snowden A, Colin M. Concurrent analysis: towards generalizable qualitative research. *J Clin Nurs*. 2010;(20):2868-77. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03513.x
8. Gülmezoglu A, Chandler J, Shepperd S, Pantoja T. Reviews of qualitative evidence: a new milestone for Cochrane [editorial]. *Cochrane DB Syst Rev* [internet]. 2013;(11). doi: 10.1002/14651858.ED000073
9. Rashidian A, Shakibazadeh E, Karimi-Shahanjarini A, Glenton C, Noyes J, Lewin S, Colvin C, Laurant M. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: qualitative evidence synthesis [internet]. 2013. Disponible en: <http://www.cochrane.org/CD010412/>

- EPOC_barriers-and-facilitators-implementation-doctor-nurse-substitution-strategies-primary-care
10. World Health Organization. Lay health workers-Do lay health workers in primary and community health care improve maternal and child health? [internet]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/Support2/es/index.html
 11. Noblit G, Hare R. Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
 12. Denzin K, Lincoln Y, editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed. London: Sage; 1994.
 13. Dixon-Woods M, Booth A, Sutton J. Synthesizing qualitative research: a review of published reports. Qual Res. 2007;7:375.
 14. Cochrane Collaboration Qualitative & Implementation Methods Group [internet]. Disponible en: <http://cqim.cochrane.org/>
 15. Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth, A. Chapter 20: Qualitative research and Cochrane reviews. Part 3: Special topics. En: Higgins, J, Green, S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [internet]. Version 5.1.0. March 2011. Disponible en: <http://handbook.cochrane.org/>
 16. Glenton C, Lewin S, Carlsen B, Colvin C, Munthe-Kaas H, Noyes J, Rashidian A. Assessing the certainty of findings from qualitative evidence syntheses: the CERQual approach. Draft for discussion [internet]. 2013. Disponible en: <http://gradepro.org/Rome2013/22acerqual.pdf>
 17. McCormack B, Wright J, Dewar B, Harvey G, Ballantine K. A realist synthesis of evidence relating to practice development: findings from the literature analysis. Practice Development in Health Care. 2007;6(1):25-55.
 18. Booth A. Choosing a method of qualitative synthesis [internet]. Disponible en: <http://esquiresheffield.pbworks.com/w/file/attach/84818839/ESQUIRE14%20Choosing%20a%20Method.pptx>
 19. Hannes K, Lockwood C. Synthesizing qualitative research: choosing the right approach. Hoboken, NJ: Wiley; 2012.
 20. Matheus M. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. Acta Paul Enferm [internet]. 2009;22(spe 1):543-45. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/19.pdf>
 21. Capilla Díaz C, Bonill de las Nieves C, Montoya Suárez R, Gálvez-González M, Martín Muñoz B, Sánchez Crisol I, et al. La experiencia de portar un estoma digestivo y su relación con metodología enfermera: metaestudio cualitativo e implementación de evidencias Q a través de vías clínicas. Bibl Lascasas [internet]. 2014;10(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0745.php>
 22. Dixon-Woods M. Using framework-based synthesis for conducting reviews of qualitative studies. BMC Med. 2011;14(9):39.
 23. Gough D, Thomas J, Oliver S. Clarifying differences between review designs and methods. Syst Rev. 2012 Jun;9(1):28. doi: 10.1186/2046-4053-1-28.

24. Howell C, Savin-Baden M. Integration of qualitative evidence: towards construction of academic knowledge in social science and professional fields. *Qual Res.* 2011;11(6):645-63. doi: 10.1177/1468794111413367
25. Greenhalgha T, Robertb G, Kyriakidouc O, Macfarlanec F, Peacockd R, Bateb P. Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. *Soc Sci Med.* 2005(61):417-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.12.001
26. Alonso-Gamboa J, Arana-Mendoza C, Reyna-Espinosa F, Sánchez-Pereyra A. Manual de indización para las bases de datos Clase y Periódica [internet]. México: UNAM; 2012. Disponible en: <http://bibliotecas.unam.mx/eventos/manual/manual17feb2012.pdf>
27. Hannes K, Macaitis K. A move to more systematic and transparent approaches in qualitative evidence synthesis: update on a review of published papers. *Qual Res.* 2012 May;12(4):402-42. doi: 10.1177/1468794111432992
28. Leys M. Health care policy: qualitative evidence and health technology assessment. *Health Policy.* 2003;65:217-26. doi: 10.1016/S0168-8510(02)00209-9
29. Morse J. Insight, inference, evidence, and verification: creating a legitimate discipline. *Int J Qual Methods* [internet]. 2006;5(1). Disponible en: <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4412>
30. Calderón-Gómez C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum: Qualitative Social Research* [internet]. 2009 May;10(2). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2766>
31. Dixon-Woods M, Shaw R, Agarwal S, Smith J. The problem of appraising qualitative research. *Qual Saf Health Care.* 2004;13:223-25. doi: 10.1136/qshc.2003.008714
32. Ruedas M, Ríos M, Nieves F. Epistemología de la investigación cualitativa. *Educere.* 2009 jul-sep;13(46):627-35. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/31247/1/articulo7.pdf>
33. Lee BO, Lin CC, Chaboyer W, Chiang CL, Hung CC. The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2007;16(2):407-13. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01409.x
34. Yu HD, Petrini MA. The HRQoL of Chinese patients undergoing haemodialysis. *J Clin Nurs.* 2010 Mar;19(5-6):658-65.
35. Kearney M. Focus on research methods levels and applications of qualitative research evidence. *Res Nurs Health.* 2001;24:145-53.
36. Moran A, Scott A, Darbyshire P. Waiting for a kidney transplant: Patients' experiences of haemodialysis therapy. *J Adv Nurs.* 2011;67(3):501-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05460.x
37. Vasilachis-de-Gialdino, I. Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa. *Forum: Qualitative Social Research* [internet]. 2009;10(2). Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902307>

38. Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth A. Chapter 20: Qualitative research and Cochrane reviews. En: Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [internet]. Version 5.0.1 [updated September 2008]. The Cochrane Collaboration, 2008. Disponible en: <http://www.cochrane-handbook.org>.
39. Calderón C. Investigación cualitativa y práctica sanitaria: reflexiones desde la atención primaria y los servicios de salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(supl 1):S115-123. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a20
40. Morse J. How different is qualitative health research from qualitative research?: Do we have a subdiscipline? *Qual Health Res*. 2010;20(10):6. doi: 10.1177/1049732310379116
41. Sandelowski M. Using qualitative research. *Qual Health Res*. 2004 Dec;14(10):1366-86. doi: 10.1177/10497323042696