



REFLEXIONES - ENSAYOS

EVIDENCIAS, PRUEBAS CIENTÍFICAS Y ENFERMERÍA. REFLEXIÓN EN VOZ BAJA Y PENSAMIENTOS INCONFESABLES.

***Alberto Gálvez Toro**

*Coordinador de Investigación. Fundación Index .Granada, España.

INTRODUCIENDO EL PROBLEMA

La llamada Evidencia Científica, con todos los apellidos que se le quieran sumar, ha suscitado toda una abundancia de literatura profesional divulgativa y especializada que también ha permeado en la Enfermería española. En los últimos cinco años han corrido ríos de tinta sobre qué es o qué podría ser una Enfermería Basada en Evidencias (EBE) y, a estas alturas, la mayoría de las cosas están dichas, al menos si se considera el enfoque ortodoxo que se nos ha vendido desde ciertas instancias académicas. Con los términos ortodoxo e instancias académicas quiero expresar una idea, un hecho común y frecuente entre los nuestros: la copia incompleta y mal traducida del movimiento anglosajón “*Evidence Based [...]*” que los españoles transformamos en dogmatismo y en modas pasajeras impuestas por personas y grupos que gustan de la novedad, de la innovación y de lo ajeno, pero cuyo compromiso con el conocimiento es más bien dudoso.

En este sentido, y con la todavía incipiente producción aplicada generada desde la perspectiva de la Evidencia Científica en la Enfermería española, carece de sentido continuar engordando el número de textos o documentos teóricos que traten sobre el tema, salvo, claro está, que se quiera decir algo diferente o complementario a lo ya dicho. Así es que, o decidimos callar o decidimos contar otra historia. La primera opción implica adoptar la postura del *laissez faire, laissez passer*, dejar pasar y dejar hacer, asumir que la cuestión debe permanecer como está. La otra posibilidad, menos cómoda y más comprometida, requiere hacer un ejercicio de estudio, de reflexión y de creatividad en el que, en lugar de predominar la traducción y la copia de lo que los otros dicen o dijeron, abunde la narración construida desde el interior de la propia disciplina en su contexto sociocultural particular, la voz de una enfermería española que aspira a hacer uso de un instrumento llamado “Evidencia Científica” pero que trasciende enfoques reduccionistas.

Transitar esta segunda senda suele provocar amargos sinsabores para los caminantes, quienes, casi siempre, son acusados por los otros de insensatos, apócrifos, heterodoxos o locos. En otras ocasiones el reproche es más sutil y traicionero, bien porque se ignora y oculta a estos extraños caminantes, bien porque se les tacha por aquellos que piensan que las construcciones teóricas son más una metafísica que una praxis, de disidentes teóricos especulativos que andan por las nubes, cuando, mientras no se demuestre lo contrario, la realidad sólo puede ser aprehendida mediante los conceptos y son estos los que hacen posible una interpretación y comprensión del mundo de las cosas y de las personas -que diría J. Habermas-. De lo que se deriva una obviedad, que según la estructura teórica y de pensamiento de la persona que emite un discurso, su realidad y, por tanto, su discurso será diferente. Y un discurso de bajo nivel teórico y axiomático da lugar unas explicaciones de bajo nivel y a una comprensión de igual rango. Desde luego que a mi no me cogen aquí.

Con el riesgo asumido, el compromiso del no dejar pasar como ética, la acción comunicativa que se propone a continuación es uno más de los actos de emancipación psicótica, teórica y especulativa si se quiere, que nuestro grupo de trabajo viene haciendo desde hace tiempo. Espero y esperamos que este breve ensayo diga algo más de lo ya sabido y de lo ya escrito en la Enfermería española.

UN MARCO ESPECULATIVO

Especular es la imagen de la realidad que muestra el espejo en el que nos miramos. Especular es también reflexionar sobre las cosas del mundo y, la reflexión a su vez, implica analizar y descomponer las partes de un todo para hacerlas comprensibles y aprensibles al entendimiento, facultad ésta, la del entendimiento, que hace posible la reflexión. El análisis comprensivo de los hechos, de los fenómenos, de los modelos o de las teorías está condicionado e influido por la manera particular en que el sujeto que piensa y reflexiona se acerca a la realidad, esto es, de su experiencia en la vida de las cosas, de las ideas, de los seres humanos, de su grupo social y de su mundo de pensamiento referencial. El sujeto que conoce lo hace en la medida de estas cualidades y nunca más allá de ellas, sino a partir de la intertextualidad de su momento y de su contexto. Y, en este sentido, reflexionar no es más que una manera estructurada de dibujar una imagen especular de la realidad.

El constructivismo es una mueca sardónica frente al conocimiento objetivo y científico que tanto gusta a las mayorías que quieren reconocer la verdad de la realidad. La perspectiva ontológica de este enfoque viene a decirnos que no hay una realidad objetiva ni científica, por el contrario, que hay una gran variedad de realidades y de verdades, todas ellas construidas sobre el andamiaje del bagaje cultural, histórico e ideológico de los pueblos y, por ende, de las personas que los constituyen. El constructivismo centra el interés en la pregunta cómo conocemos, y no, como es habitual en la mayoría de las ciencias, qué conocemos. El giro es sustantivo: no se trata de saber qué es la realidad sino cómo se ha construido la realidad que poseemos. En unos términos más cercanos al problema que nos ocupa: el interés no está en saber qué es una evidencia científica -prueba científica-, sino cómo es posible que para considerar una evidencia con el estatus de científica -válida, descriptor de realidad objetiva-, se haya utilizado una visión reducida y positivista de los conceptos de prueba y validez. Y, en su caso, cómo es posible que basándose en esta noción de evidencia científica se argumente que no es posible una enfermería basada en evidencias o, más radical, que no hay evidencias científicas en enfermería y si las hay son tan escasas que es improcedente la generalización. Hay varios autores que piensan de esta manera, pero su opinión, antes que relevante, es interesada y éticamente reprobable, entre otros motivos porque olvidan el contexto de la realidad histórica de las enfermeras a las que hacen referencia.

EL ENFOQUE ORTODOXO

Desde luego que ya está superado el concepto que D. Sackett propuso sobre la práctica clínica basada en evidencias. De todas formas viene al caso volver sobre él porque, precisamente, esta definición es el punto de partida del primero de los enfoques, el de los ortodoxos reduccionistas españoles que gustan de las modas y que tanto abundan. Sackett definió la MBE como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente. La mejor evidencia clínica, a su vez, se asoció, siempre entre los nuestros, a un esquema jerárquico de pruebas derivadas de diferentes diseños de investigación en cuya cúspide se encontraba el ensayo clínico aleatorio controlado. La mejor prueba, según este autor, la proporciona el diseño experimental del ensayo clínico. El resto de diseños y de evidencias científicas tienen menor validez y utilidad o prácticamente ninguna si hablamos de la investigación cualitativa (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Grado de evidencia según el diseño metodológico
Clasificación jerárquica del conocimiento

<i>Calidad de la evidencia</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Grado de evidencia</i>
A (ALTA)	1º Metaanálisis 2º Ensayos clínicos aleatorios	Adecuada evidencia para recomendar o desestimar su utilización
B (MEDIA)	3º Ensayos clínicos no aleatorios 4º Estudios de cohortes 5º Estudios de casos-control	Cierta evidencia para recomendar o desestimar su utilización
C (BAJA)	6º Estudios descriptivos/transversales 7º Estudios cualitativos 8º Comités de expertos 9º Conferencias o consensos 10º Casos clínicos aislados	Cierta evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización

Tomado de A.J. Jover y M.D Navarro-Rubio, Med. Clin. (Barcelona), 1995.

Cuando se traslada este concepto a la enfermería es fácil caer en la deducción tosca: como en enfermería apenas si hay estudios experimentales es imposible o improbable una práctica basada en evidencias. De esto se sigue la proposición, también lógica y deductiva, de que la enfermería no es una disciplina científica. Esta es una de las paradojas clásicas del pensamiento deductivo cuya resolución es imposible para la máquina o la persona que basa sus respuestas a los problemas lógicos en algoritmos. Y es una paradoja porque a pesar del hecho, que la enfermería posee pocos estudios experimentales o que la enfermería es una ciencia en construcción, es posible hablar de una enfermería basada en evidencias y de una enfermería como disciplina científica. Desde luego que para ello es condición necesaria adoptar una postura ontológica, epistemológica y metodológica diferente a la de la ortodoxia.

EL ENFOQUE CRÍTICO, CONSTRUCTIVO Y REFLEXIVO

En distintos foros ya hemos abordado la crítica constructiva que cuestiona la evidencia como visión epistemológica. Básicamente el juego dialéctico e interpretativo por el cual hemos llevado el discurso surge en la relación de dos proposiciones interrogativas básicas: qué es la evidencia, y cómo se ha construido la evidencia. Estas dos proposiciones, claro está, las hemos referido a nuestro contexto, que es donde el discurso ha transcurrido por las sendas de la ortodoxia positiva, ya que en su lugar de origen, hay que decirlo, esto no ha sido así, más bien al contrario. Es decir, en el mundo anglosajón las enfermeras nunca fueron tan positivas como las españolas y nunca hicieron una interpretación excluyente de la noción de prueba científica, a saber, que hay más pruebas científicas válidas que aquellas que proceden de la investigación experimental.

La primera de las cuestiones, la que explica lo que es la evidencia, tiene como referente teórico y metodológico el propio movimiento de la evidencia. Esto es, D. Sackett, Muir Gray, Rosenberg, y otros que explicaron, describieron y expusieron en sus textos, desde finales de los años 80 del pasado siglo XX, qué era la evidencia. Y, para la mayoría, la evidencia es esto, ese uso consciente de la mejor prueba.

Cuadro 2.
Lo que nos dicen que es la evidencia científica frente a lo que es como construcción

<i>¿Qué es?</i>	<i>¿Cómo se ha construido? Qué es por lo que observamos</i>
Uso consciente en la práctica clínica	Revisión bibliográfica selectiva y precisa
Hay que reducir la heterogeneidad de la práctica	No afecta a la práctica asistencial
La mejor prueba es la experimental	Reifica el método frente a las alternativas de solución posibles para problemas diferentes
Lo más importante es localizar pruebas	Cosifica al sujeto, siempre oculto tras la búsqueda de pruebas
Las pruebas experimentales son aplicables universalmente	No tiene en cuenta el contexto cultural, social e histórico en el que se usan las pruebas
Hay que aprender a seleccionar la mejores pruebas publicadas	La EC es sobre todo bases de datos bibliográficas: resúmenes de pruebas

La segunda de las preguntas remite al proceso de construcción de la evidencia. El interés está en saber cómo se ha construido el movimiento de la evidencia científica. El procedimiento para descubrir este proceso requiere algo más que reproducir las palabras de los autores que dicen qué es la evidencia. Hay que someter el marco de la evidencia científica al análisis o descomposición de sus partes y de los nexos lógicos que las unen. Este reducir el todo a sus partes ha generado todo un conjunto de proposiciones paradójicas entre lo que se dice que es la evidencia científica y lo que la evidencia científica es como construcción. Entre las más relevantes:

1. La evidencia científica no es el uso consciente y juicioso de la mejor evidencia, sino una investigación secundaria o bibliográfica. Es decir, no existe un nexo entre las pruebas que selecciona el movimiento y el uso de las mismas en la realidad clínica particular de la práctica asistencial.
2. La evidencia científica no es un nuevo paradigma, sino que entronca con el postpositivismo más exacerbado. En todo caso la evidencia es un instrumento.
3. Como método, la evidencia científica se basa en la búsqueda bibliográfica selectiva de estudios relevantes. La evidencia es una investigación secundaria pero, incluso así, el procedimiento que propone estaba descrito varias décadas antes en las Ciencias de la Documentación. Por tanto, no aporta nada novedoso.
4. Por su función científica, la evidencia da respuesta a un problema actual del conocimiento: la selección de documentos relevantes y válidos de entre la gran masa de artículos e investigaciones que se publican en el mundo. La intención es seleccionar lo mejor.
5. Por su función social, la evidencia científica es una protesta ante la mala praxis en las Ciencias de la Salud, concretamente, en la Medicina. Este movimiento surge motivado por una observación terrible: la práctica médica no es científica porque ante el mismo problema encontramos una enorme heterogeneidad de intervenciones, muchas de las cuales no son efectivas e incluso son yatrógenas.
6. En cuando al concepto de prueba científica o evidencia, este movimiento lo reduce a una metodología: la mejor evidencia o la prueba válida es aquella que se obtiene en la investigación experimental.

Esta descomposición, la toma de conciencia del pensamiento que ha dado forma al movimiento de la Evidencia Científica, ha sido el paso previo y necesario que ha conducido a una reconceptualización de lo que es y puede ser, como producto construido por una comunidad científica, la Evidencia Científica en Enfermería (EBE). Es decir, ¿es posible una EBE si se modifica el enfoque inicial de la Evidencia Científica y se adapta a la realidad de las enfermeras?

En las VII Jornadas Científicas de la Fundación Index, I Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia, celebradas en Granada el 29 de noviembre de 2002, se planteó este reto y se hicieron las primeras propuestas para dar forma a lo que podemos entender, como mundo de pensamiento disciplinar, que es una EBE. De esta manera, en las conclusiones se propuso que *la Enfermería Basada en la Evidencia es sencillamente la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de las enfermeras, pero que considera un enfoque reflexivo e interpretativo que es el que permite hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad particular de la enfermera*. Esta aproximación se vinculó a varios presupuestos implícitos en la construcción de una EBE: capacidad para dar respuesta a problemas relevantes de la práctica de las

enfermeras, capacidad para adaptar evidencias cuantitativas y cualitativas, capacidad para constituirse como acción transformadora, capacidad para resaltar un enfoque crítico, reflexivo e independiente, y capacidad para conciliar el metaparadigma de las enfermeras: persona, cuidados, salud y entorno. De manera explícita se expresó que la EBE es un instrumento y no un paradigma, porque las enfermeras ya poseen un paradigma referencial, humanista y científico, al que no se puede renunciar, y una EBE no es ni puede ser por cuestiones lógicas de coherencia interna y disciplinar, otro nuevo paradigma. También quedó expreso que la validez de las pruebas científicas no está relacionada con el diseño de investigación, de lo cual se deriva que hay evidencias válidas y útiles en investigaciones experimentales, en investigaciones cualitativas y en toda la gama de diseños que hay entre ambas.

EL VALOR DE LA EVIDENCIA EXPERIMENTAL

Sería de necios desposeer a la prueba experimental del valor que tiene por el mero hecho de que se gestiona desde un paradigma reduccionista y positivo. En sentido estricto, dejémonos de banalidades, no existe ningún paradigma que sea antinomia de la reducción. Pero desde luego que hay enfoques menos insensibles a la complejidad de la realidad que el pensamiento neopositivista.

El principal valor de las pruebas experimentales es el que le atribuye la ciencia, que la eleva a la categoría de certeza o hecho demostrado. Y como enfermeras no se debe renunciar a este tipo de significados, con que, incorporar evidencias experimentales a la práctica de las enfermeras y a su discurso, sea cual sea su origen, es una plusvalía en la conceptualización de una enfermería científica.

Así, tomando la referencia de la ortodoxia del movimiento de la evidencia científica, surge una recomendación elemental: hay que hacer uso de la investigación secundaria que da cuenta de evidencias o pruebas científicas útiles y válidas para las enfermeras. Pero, ¿de dónde surgen las pruebas experimentales útiles para las enfermas?, ¿qué pruebas experimentales seleccionar?. Estas preguntas ya las hemos planteado en otros contextos y ahora tienen una respuesta parcialmente constatable en nuestra producción científica.

Las mejores pruebas experimentales útiles a las enfermeras españolas no proceden de la comunidad científica de las enfermeras de España. Esto es un hecho, nuestra tradición investigadora carece de diseños experimentales y, en aquellos casos en los que las enfermeras han realizado ensayos clínicos, las muestras no han sido grandes y hay sesgos metodológicos. Si se carece, como es nuestro caso, de este tipo de diseños, la evidencia científica y, al mismo tiempo, las Ciencias de la Documentación, nos han indicado cuál es el camino a seguir. Basta con levantar la mirada y dirigirla a dos lugares diferentes y complementarios: la enfermería anglosajona y las Ciencias de la Salud. Efectivamente, las enfermeras españolas pueden hacer uso de evidencias potentes y experimentales producidas en otras enfermerías que han alcanzado más desarrollo experimental, o en otras áreas de conocimiento cercanas interesadas por problemas clínicos relevantes de la práctica de las enfermeras. En pocas palabras, las evidencias están ahí disponibles para cualquiera que quiera buscarlas y para quien se atreva a promover cambios en las prácticas cotidianas.

De todas formas, la cantidad de hallazgos de la investigación que se pueden localizar en la literatura circulante mediante investigación secundaria es muy elevado, de ahí que debamos plantear otras preguntas, ¿qué pruebas son las más relevantes?, ¿por dónde comenzar?. Nuestro planteamiento aquí también es claro. Por un lado, hay que proponer pruebas de tipo corporativo que demuestren la eficacia o la eficiencia de las enfermeras con el fin de estimular un cambio en su estilo de pensamiento, caracterizado por la dependencia,

el silencio y la invisibilidad. Estas pruebas las hemos encontrado publicadas desde hace tres años en dos prestigiosas revistas fundamentalmente, *British Medical Journal* y *Journal of American Medical Association*, donde una serie de ensayos clínicos demuestran, por ejemplo, la eficacia de las enfermeras frente a los médicos en determinadas prácticas de salud con la obtención de mejores resultados en la atención percibida por los pacientes y similares hallazgos en el seguimiento clínico. Algunos de estos pueden consultarse en formato de revisión crítica de un estudio en la sección de Evidencia Científica de la revista *Index de Enfermería*. Sin duda alguna, más allá de controversias, estos estudios dejan entrever un horizonte positivo para las enfermeras y pueden constituir un bálsamo o remedio frente a la llamada anorexia de poder de las enfermeras.

Superado este primer momento en el que ahora nos hallamos, habría que plantearse la búsqueda de pruebas válidas vinculadas a problemas cotidianos y prevalentes en la práctica de las enfermeras. Este es un trabajo menos corporativo pero de gran trascendencia. El planteamiento es sencillo: dado un problema clínico localizar las mejores evidencias que apoyan un tipo de intervención y proponer un cambio de práctica mediante una planificación adecuada que logre la implementación de la intervención científica frente a la tradicional. Esto es lo que nuestro grupo de trabajo propuso en el ámbito de la asistencia obstétrica para la práctica de la episiotomía. Tras realizar un estudio de prevalencia en nuestro medio y mostrar que se realizaba una práctica de episiotomía sistemática (70-80%), se realizó una investigación secundaria que puso de manifiesto que el uso de esta política asistencial no era adecuada y que se recomendaba la práctica selectiva de la episiotomía (15-30%). Como era de esperar la denuncia pública y en foros científicos de que se estaba “mutilando quirúrgicamente” a la mujer de manera innecesaria no fue bien acogida, entre otros motivos porque se estaba cuestionando la “buena práctica” de muchas profesionales.

La cultura profesional y la tendencia al inmovilismo son dos factores limitantes para el desarrollo profesional y disciplinar, mayores aún que las barreras institucionales y de la organización, la existencia o no de evidencias, o la dificultad para hallarlas. Esto es algo que el movimiento de la evidencia científica no había tenido en cuenta en toda su complejidad: las prácticas asistenciales tiene un enorme calado social, cultural e institucional, y las organizaciones, los sujetos que las componen y sus estilos de pensamiento son claros condicionantes que limitan o impiden el uso de las evidencias. Dicho en unos términos más directos: la existencia de una evidencia científica maravillosa no es condición suficiente para su incorporación a la práctica. Sólo un pensamiento ingenuo y utópico como el del movimiento de la evidencia científica podía pensar, que bastaba con seleccionar las mejores pruebas científicas de entre las montañas de basura científica para cambiar la realidad o, también apuntaban, que basta con enseñar al clínico individual a buscar evidencias relevantes para transformar la práctica, como si esta dependiera de un único sujeto.

SOBRE LA PRUEBA EXPERIMENTAL Y LAS ENFERMERAS DE AQUÍ

Al reflexionar sobre estos últimos párrafos me vienen dos preguntas a la mente que merecen ser contestadas brevemente: ¿Qué retos plantean las pruebas experimentales a las enfermeras?, y ¿Qué están poniendo de manifiesto las pruebas experimentales en el área de la enfermería?

En cuanto a los retos, aquí puedo destacar uno que entiendo de primer orden: el reto de la responsabilidad y del compromiso con el cambio. Cuando enfermeras informadas y con conocimiento se comprometen con el cuidado de sus pacientes, mejoran los resultados de salud medidos en los pacientes -morbilidad y mortalidad- y su satisfacción. El primer gran reto, por tanto, está en asumir que como colectivo podemos usar un conocimiento para

mejorar los cuidados de salud y, objetivamente, reducir la morbimortalidad asistencial. No asumir esto, a mi parecer, es una negligencia profesional y una falta de ética.

Sobre la segunda cuestión, también quiero poner sobre la mesa una reflexión que enlaza a modo de silogismo con la primera cuestión. Las pruebas científicas relativas a las buenas prácticas o prácticas recomendadas demuestran, si hacemos entre nosotros un examen de conciencia, que las enfermeras tienden a huir de la responsabilidad del cuidado del paciente, por cuanto que, si sabemos lo que hay que hacer, me pregunto, ¿por qué no se hace? Y claro, alguien puede decir que es que no le dejan hacer nada con independencia en su organización o que la institución lo aliena como profesional y lo reduce a una expresión nimia e insignificante. No puedo estar de acuerdo con esta postura. Si bien es cierto que las organizaciones y los grupos de poder que las conforman ponen barreras al cambio y a la distribución del poder, también sabemos que cuando los cambios son rentables y beneficiosos para el buen funcionamiento de la organización, las barreras se hacen difusas y aparecen facilitadores internos que promueven la transformación. Lo que me temo es que en general las enfermeras no actúan como motor de cambio y, no lo hacen porque, o carecen de conocimiento, o no tienen la motivación suficiente, o no quieren asumir responsabilidades, o están divididas por intereses contrapuestos, o, simplemente, porque están bien como están.

Esto no significa que no haya un gran colectivo de enfermeras comprometidas, que trabajan por diez y saben por mil, que están vinculadas a sociedades científicas y asociaciones, que investigan e innovan en la práctica clínica, que se sienten responsables de prestar el mejor cuidado al paciente con los recursos disponibles, que ven en el médico y en el resto de profesionales de la salud a unos colegas con los que mantener una buena relación profesional de igualdad y complementariedad con el fin de lograr los mejores resultados de salud en el paciente. Por supuesto, en el monte hay de todo.

No quiero mostrarme pesimista pero si no se suman esfuerzos y se liman las diferencias entre el heterogéneo colectivo de enfermeras de España -diplomadas, auxiliares, ATS, especialistas, licenciadas-, hay poco que hacer. El principal cambio de nuestro Sistema de Salud, a día de hoy, depende de las enfermeras, la transformación de un tipo de asistencia médico-hegemónica-administrativa a otro de cuidados compartidos, depende de las enfermeras. Nunca antes como ahora las enfermeras españolas habíamos tenido tanta literatura científica para argumentar y llevar a efecto el cambio. Las evidencias disponibles son el instrumento para la promoción del necesario giro asistencial de nuestro Sistema. No basta con que parezca que funciona, hay que hacerlo funcionar.

NUEVOS ENFOQUES BASADOS EN EVIDENCIAS: LA METASÍNTESIS

Recientemente anunciamos que el movimiento de la Enfermería Basada en Evidencias debía asumir la utilidad y validez de las evidencias cualitativas en la dialéctica de la toma de decisiones de la práctica clínica. La presentación de este enfoque la hicimos en el editorial del número 40-41 de la revista *Index de Enfermería* y en un artículo especial del número 121 de la revista *Medicina Clínica*. Más tarde hemos venido publicando varios artículos sobre lectura crítica cualitativa que redundan y profundizan el enfoque teórico que hemos llamado metasíntesis -cualitativa y cuantitativa-.

Cuadro 3

Características del paradigma contemporáneo de síntesis del conocimiento

1. Surge con la globalización.
2. Es una respuesta al crecimiento exponencial de la información circulante.
3. Huye del dogmatismo.
4. Pone en tela de juicio la práctica social del conocimiento. Es una duda sistemática.
5. Incorpora nuevos procedimientos de análisis y de síntesis.
6. Es pragmática, se orienta a la acción.
7. Es una ética crítica al uso del dogma de la ciencia normal.

La Metasíntesis se entiende como la integración del conocimiento a partir del análisis y de la síntesis propuesta en los estudios de metasíntesis cuantitativa y cualitativa a lo que se añade las peculiaridades sociales, culturales o institucionales en las que se usa el conocimiento. La metasíntesis cuantitativa sería entonces la síntesis de hallazgos realizada a partir del análisis de varios metaestudios cuantitativos conducidos con distintas técnicas de análisis y de síntesis arropadas bajo el paradigma postpositivista; mientras que la metasíntesis cualitativa podría entenderse como la síntesis de hallazgos realizada a partir de varios metaestudios cualitativos conducidos por distintas técnicas de análisis y de síntesis y que responden a un enfoque de investigación sociocultural.

No vamos a extendernos en este momento sobre el enfoque de la metasíntesis, aunque remitimos a los interesados a la documentación citada más arriba y referenciada en la sección de bibliografía de este artículo. Quiero, sin embargo, recordar las características y los motivos que han hecho posible el nacimiento conciliador de la metasíntesis o, si se quiere, del paradigma contemporáneo de síntesis del conocimiento. Para ello remito al lector al cuadro 3, tomado del número 40-41 de la revista *Index de Enfermería*.

Y finalmente, para terminar, a sabiendas de la reiteración de estas últimas palabras, quiero expresar una idea. Transformar la realidad es muy sencillo si hay voluntad, las evidencias cualitativas y cuantitativas o la metasíntesis no son más que eso, pruebas que actúan como facilitadores. Sin la participación de cada individuo, de cada enfermera, no hay nada que hacer aunque algunos de nosotros continuemos escribiendo, estudiando o intentando enseñar algo a los otros. Lo único que lograremos es, como mucho, engrosar las bases de datos bibliográficas. El poder, decía M. Roger, se rige por el principio de conexión acausal de C.G. Jung, en cuyo fundamento está la voluntad -que Nietzsche la denominó Voluntad de Poder, facultad expedita para hacer algo con conocimiento-, y la voluntad es deseo de alcanzar una meta. Pienso que el mundo de las evidencias y su uso en la práctica son un camino para alcanzar el objetivo de prestar unos cuidados compartidos y éticos en los que el paciente se sienta sujeto, persona. Sólo debería haber una voluntad entre las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nursing Burnout and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 2002;288(16):1987-1993.
2. Amezcua, Manuel. 25 años, y un futuro por delante. A propósito de la integración de la Enfermería en la Universidad española. *Index de Enfermería*, 2003; XII(40-41):9-10.
3. Barroso J, PowellCope GM. Metasynthesis of qualitative research of living with HIV infection. *Qual Health Res* 2000;10(3):340-53.
4. Beck CT. Caring Within Nursing Education: A metasynthesis. *J Nurs Educ* 2001; 40(3):101-109.
5. Beck CT. Postpartum depresión: a metasynthesis. *Qual Health Res* 2002; 12(4):453-72.
6. Chambers HM y Chan FY. Support for women/families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000:CD000452.
7. Cortina, A. Crítica y utopia: la escuela de Francfort. Madrid: editorial Cincel; 1985.
8. Donna FS, Berlin JE, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB. Meta-analysis of Observational Studies in epidemiology 2000. *JAMA*, 283:2008-12.
9. Douglas, M. Cómo piensan las instituciones. Madrid: Alianza Universidad, 1996.
10. Gálvez Toro A, Amezcua M, Salido Moreno MP. La construcción social de los sentimientos. La muerte del sujeto que nace. *Index Enferm* 2002, 39: 29-34.
11. Gálvez Toro A. Lectura crítica de un estudio descriptivo cualitativo. *Index de Enfermería*, 2003; XII(40-41):51-57.
12. Gálvez Toro A; Román Cereto M, Ruiz Román MJ, Heierle Valero C, Morales Asencio JM, Gonzalo E, Romero MN. Enfermería basada en evidencias: aportaciones y propuestas. *Index de Enfermería*, 2003; XII(40-41):47-50.
13. Gálvez Toro, A. Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Index de Enfermería, 2001.
14. Gálvez Toro, A. La construcción de una EBE. Un enfoque epistemológico y crítico. Conferencia: III Jornadas de Enfermería de la Unidad de Especialidades Médicas, Secretaría de la Defensa Nacional. México DF., 17 de mayo de 2002.
15. Gálvez Toro, A. Lectura crítica de un estudio cualitativo interpretativo. *Index de Enfermería (España)*, 2003;XII(42):39-43.
16. Gálvez Toro, A. Métodos contemporáneos de síntesis científica. Una propuesta de homogeneidad. *Medicina Clínica (Barc)*, 2003;121(7):256-263.
17. Gálvez Toro, A. Práctica Clínica Basada en la Evidencia. Una aproximación bibliográfica. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 2000; 8 (4): 119-121.
18. Gálvez Toro, A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en evidencias. *Investigación y Educación en Enfermería (Colombia)*, 2003;XXI(1):50-64.

19. Gálvez Toro, A. Evaluación de la calidad de los diseños (III). Metaanálisis, análisis de decisión, análisis coste-efectividad y guías de práctica clínica. En Enfermería basada en la evidencia. Index. Granada: Index de Enfermería, 2001.
20. Garitano B, Barberena C, Alonso Vallejo M, Gistau C. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. *Enferm Clín* 2002;12:166-172.
21. Gray M. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
22. Gu Jifa, Tang Xijin. Meta-Synthesis Knowledge System (MSKS). Institute of Systems Science, AMSS, CAS. Beijing, Sept, 21-23, 2001.
23. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la medicina. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:377-382.
24. Guyatt Gordon H y Rennie Drummond. Users' Guides to the Medical Literature. *JAMA*, 1993; 270:2096-7
25. Guyatt Gordon H, Sackett, David L, Cook, Deborah. Users' Guides to the Medical Literature. II How to Use an Article About Therapy or Prevention. A. Are the Result of the Study Valid? *JAMA* 1993; 270:2598-2601.
26. Hayward R, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' Guides to the Medical Literature. VIII How to Use a Clinical Practice Guidelines A. Are the Recommendations Valid? *JAMA* 1995; 274(7):570-574.
27. Higginson IJ, Goodin DM, Edwards AGK, Norman CE. Do Hospital-Based palliative Teams Improve Care for Patients or Families at the End of Life? *J Pain Symptom Manag* 2002; 23:96-106.
28. Jaeschke Roman, Guyatt Gordon, Sackett, David. Users' Guides to the Medical Literature. III How to Use an Article About Diagnostic Test. A. Are the Result of the Study Valid? *JAMA* 1994; 271:389-391.
29. Jones B. Integrating hearing loss was a complex and dynamic process for patient. *EBN* 1998; 1(4): 131.
30. Kearney MH. Enduring Love: A Grounded Formal Theory of Women's Experience of Domestic Violence. *Res Nurs Health* 2001;24:270-282.
31. Korula J. Higher hospital volume was associated with lower operative mortality and shorter length after hepatic resection. *EBM* 1999; 4:160.
32. Kuhn, T.S (1962). La estructura de las revoluciones científicas. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2001.
33. Kuhn, T.S. ¿Qué son las revoluciones científicas? Y otros ensayos. Barcelona: Paidós ICE/UAB, 1996.
34. Laupacis A, Wells, G, Richardson, S, Tugwell, P. Users' Guides to the Medical Literature. V How to Use an Article About Prognosis? *JAMA* 1994; 272:234-237.

35. Lemmer B, Grellier R, Steven J. Systematic Review of Nonrandom and Qualitative Research Literature: Exploring and Uncovering an Evidence Base for Health Visiting and Decision Making. *Qual Health Res* 1999;9(3):315-28.
36. Levine Mitchell, Walter Stephen, Lee, Hui, Haines, Ted. Users' Guides to the Medical Literature. IV How to Use an Article About Harm? *JAMA* 1994; 271:1615-1619.
37. Lincoln I. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Investigación y Educación en Enfermería* 1997; XV (2): 57-69.
38. Linde C. Findings from the Cluster Meta-Study. Harvard Business School: Institute for Strategy and Competitiveness, 2002.
39. López Arrieta JM, Qizilbash N. La medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas. *La Colaboración Cochrane. Med Clin (Barc)* 1996;107:581-585.
40. Naylor D, Guyatt G. Users' Guides to the Medical Literature. IX How to Use an Article About Clinical Utilization Review. *JAMA* 1996; 275:1435-1439.
41. Naylor D, Guyatt GH. Users' Guides to the Medical Literature. X How to Use an Article Reporting Variations in the Outcomes of Health Services. *JAMA* 1996; 275:554-558.
42. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 2002;346(22),1715-1722.
43. Nelson AM. A Metasynthesis: Mothering Other-Than-normal Children. *Qual Health Res* 2002;12:515-530.
44. Oxman AD, Cook D, Guyatt, GH. Users' Guides to the Medical Literature. VI How to Use an Overview? *JAMA*, 1994; 272:1367-1371.
45. Paterson BL, Thorne SE, Canam C, Jillings C. Meta-study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-analysis and Meta-synthesis. Sage Thousand Oaks, 2001.
46. Paterson BL. The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness. *J Nurs Scholarsh* 2001; 33:21-26.
47. Pino Casado R. La enfermera como primer contacto para la atención a pacientes con enfermedades leves en atención primaria. *Index Enferm.* 2002; 38:66-68.
48. Popper KR. *La miseria del historicismo*. Madrid: Alianza Editorial, 1992
49. Pueyo G, Elosua R, Marrugat J. Metaanálisis de la evidencia científica sobre la utilidad de la toma esporádica de ácido acetilsalicílico en la prevención de la enfermedad coronaria. *Med Clin (Barc)* 2002;18:166-169.
50. Puigventós F, Riera M, Delibes C, Peñaranda M, Fuente L, Boronat A. Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)* 2002;119:130-7.
51. Richardson S, Detsky AS. Users' Guides to the Medical Literature. VII How to Use a Clinical Decision Analysis A. Are the Result of The Study Valid? *JAMA* 1995; 273:1292-1295.

52. Romero Ballen, María Nubia. Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) ¿Avanzamos para transformar?. Index de Enfermería, 2003; XII(40-41):41-46.
53. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Londres: Churchill Livingstone, 1997.
54. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. Br Med J 1996;312:71-2.
55. Sandelowski M, Barroso J. Reading qualitative studies. International Journal of Qualitative Methods 2002; 1, Article 5. Retrieved date from
56. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Focus on Qualitative methods. Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. Res Nurs Health 1997; 20: 265-371.
57. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Focus on Qualitative methods. Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. Res Nurs Health 1997; 20: 265-371.
58. Sherwood GD. Meta-Synthesis of Qualitative Analyses of Caring: Defining a Therapeutic Model of Nursing. Adv Pract Nurs 1997;3(1):32-42.
59. Suri H. A critique of contemporary methods of Research Synthesis. Post-Script 2000; 1:49-55.
60. Wartofsky M. Introducción a la filosofía de la ciencia. Madrid: Alianza, 1973.
61. Wilson MC, Hayward R, Tunis SR, Bass EB. Users' Guides to the Medical Literature. VII How to Use a Clinical Practice Guidelines B. What Are the Recommendations and Will They Help You in Caring for Your Patient? JAMA 1995; 274:1630-1632.
62. Wolf FM. Meta-analysis. Quantitative Methods for Research Synthesis. Beverly Hills: Sage pub, 1986.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia