



Revista da Escola de Enfermagem da
USP
ISSN: 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Echevarria Pérez, Paloma; de Souza Oliveira, Adriana Catarina
Cómo cuantificar los aspectos cualitativos en escalas de clasificación de resultados NOC
para etiquetas psico-socioculturales
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 47, núm. 3, junio, 2013, pp. 728-735
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033326029>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Cómo cuantificar los aspectos cualitativos en escalas de clasificación de resultados NOC para etiquetas psico-socioculturales

COMO QUANTIFICAR OS ASPECTOS QUALITATIVOS NAS ESCALAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RESULTADOS NOC PARA ETIQUETAS PSICOSSOCIOCULTURAIS

HOW TO QUANTIFY THE QUALITATIVE ASPECTS OF NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION SCALES WITH PSYCHOSOCIOCULTURAL INDICATORS

Paloma Echevarria Pérez¹, Adriana Catarina de Souza Oliveira²

RESUMEN

El hecho de trabajar necesariamente con escalas Likert en la medición de resultados NOC tiene la ventaja de la unificación, pero acarrea también la dificultad de cómo reducirlo a un número del 1 al 5, especialmente cuando una investigación es cualitativa y que por tanto trabaja con palabras y expresiones, con observaciones y percepciones. ¿Qué quiere exactamente decir un 2 o un 3 en el NOC *Creencias sobre la salud*? En el artículo se muestran las diferentes propuestas para la operacionalización de conceptos y su transformación en números, pero se advierte que en ellas siempre se termina con un análisis cuantitativo. Se hace una propuesta de utilización de observaciones cualitativas emic/etic para las etiquetas psicosociales y culturales siguiendo los postulados de la etnografía. La investigación en lenguajes enfermeros, básica y aplicada, debe tener cimientos metodológicos correctos y atender los mismos criterios de idoneidad metodológica que cualquier otra investigación.

DESCRIPTORES

Investigación en enfermería
Investigación metodológica en enfermería
Clasificación
Evaluación
Reproducibilidad de resultados

RESUMO

O fato de trabalhar necessariamente com Escalas tipo Likert para medir resultados NOC tem a vantagem de unificar, mas existe a dificuldade de como convertê-lo a um número de 1 ao 5, especialmente, quando uma pesquisa é qualitativa e por tanto trabalha com palavras e expressões, com observações e percepções. Que quer dizer exatamente 2 ou 3 nos NOC *Crenças sobre a saúde*? Neste artigo apresentamos diferentes propostas para operacionalização de conceitos e sua transformação em números, advertindo que a mesma sempre termina com uma análise quantitativa. Propomos utilizar as observações qualitativas emic/etic para etiquetas psicosociais e culturais, seguindo postulados da etnografia. Os estudos em linguagem enfermeiro, básica e aplicada, devem ter cimentos metodológicos corretos e atender aos mesmos critérios de idoneidade metodológica que qualquer outro estudo.

DESCRITORES

Pesquisa em enfermagem
Pesquisa metodológica em enfermagem
Classificação
Avaliação
Reprodutibilidade dos resultados

ABSTRACT

Working necessarily with Likert scales to measure Nursing Outcomes Classification (NOC) outcomes has the advantage of unification, but also presents difficulty in reducing the rating from 1 to 5, especially when the research is qualitative and thus includes the use of words and expressions, as well as observations and perceptions. What exactly does a score of 2 or 3 mean with regard to the NOC *Health beliefs*? In this paper, we make a number of different proposals for operationalizing concepts and transforming them to numbers; however, it should be noted that such proposals always end in a quantitative analysis. Thus, we propose the use of emic/etic qualitative observations for psychosocial and cultural indicators, following ethnographic principles. Basic and applied research on nursing languages must have correct methodological foundations and seek to satisfy the same criteria of methodological suitability as any other research.

DESCRIPTORS

Nursing research
Nursing methodology research
Classification
Evaluation
Reproducibility of results

¹ Diplomada en Enfermería. Doctora en Antropología Social y Cultural. Decana de la Facultad de Enfermería. Directora Master Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Murcia, España. pechevarria@ucam.edu ²Doctora en Salud Pública. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Murcia, España. acatarina@ucam.edu

INTRODUCCIÓN

El gran impulso que han supuesto las taxonomías enfermeras para el avance de la profesión viene dado por el hecho de poder llevar a un lenguaje común todo lo que realizan las enfermeras, y poder estandarizar la investigación sobre la calidad y la efectividad de los cuidados enfermeros. Tal como dicen los propios autores del NOC,

la investigación de la gestión y efectividad de los resultados se ha convertido en un aspecto obligatorio de la práctica enfermera en esta era de cuidados controlados y de sistemas de atención sanitaria integrados, pero la evaluación de la efectividad enfermera se ve dificultada por diversos factores, tales como la incapacidad para cuantificar los resultados enfermeros en la mayoría de los ámbitos clínicos⁽¹⁾.

Efectivamente, el desarrollo del conocimiento enfermero pasa por la medición de resultados agrupados que proporcionen estrategias de mejora del control del paciente.

El hecho de trabajar necesariamente con escalas Likert tiene la ventaja de la unificación, pero tiene la dificultad de cómo reducirlo a un número del 1 al 5, especialmente cuando una investigación es cualitativa y que por tanto trabaja con palabras y expresiones, con observaciones y percepciones. ¿Qué quiere exactamente decir un 2 o un 3 en el NOC Creencias sobre la salud? las diferentes escalas que el NOC nos presenta nos intentan facilitar este problema, escogiendo la escala más apropiada según la temática. Por ejemplo, para el NOC antes referido Creencias sobre la salud nos propone la escala de *Muy débil a Muy intensa*, mientras que para otro NOC de corte más fisiológico como puede ser *Peso: masa corporal* nos propone la escala desde *Desviación grave del rango normal* a *Sin desviación del rango normal*.

Para la práctica clínica diaria, por tanto, es fundamental el juicio clínico para puntuar adecuadamente los indicadores sensibles, así como para la investigación. También lo es el establecer qué metodología se ha utilizado para ello, entendiendo por metodología el *cómo* se lleva a cabo una investigación, ya sea para investigar en efectividad de los cuidados, en los *gold estándar* o indicadores-clave o en las interrelaciones entre las taxonomías NNN.

Así es como se deben encontrar metodologías que ayuden a pasar del terreno abstracto al concreto, es decir, las definiciones operativas u operacionalización de conceptos.

LA OPERACIONALIZACIÓN DE CONCEPTOS. PROPUESTAS METODOLÓGICAS

El proceso operacionalización supone un modo de pensamiento que lleva de lo abstracto (concepto) a lo concreto (medida). Para ello es preciso por tanto diferenciar y entender estas dos nociones fundamentales del proceso global de operacionalización: *la conceptualización y la medición*⁽²⁾.

a) La conceptualización hace referencia al proceso teórico mediante el que se clarifican las ideas o constructos teóricos. A veces derivan de reflexiones teóricas desde una revisión bibliográfica, y otras veces proceden de reflexiones propias fruto de un trabajo de campo.

b) La medición connota, en cambio, el proceso general que vincula las operaciones físicas de medición con las operaciones matemáticas de asignar números a objetos.

El hecho de trabajar necesariamente con escalas Likert tiene la ventaja de la unificación, pero tiene la dificultad de cómo reducirlo a un número del 1 al 5, especialmente cuando una investigación es cualitativa y que por tanto trabaja con palabras y expresiones, con observaciones y percepciones.

El proceso completo implicaría, en consecuencia, un triple nexo que relaciona los conceptos teóricos con las operaciones físicas de medición y éstas con los números (símbolos matemáticos). Hay autores que consideran apropiado este planteamiento para las ciencias físicas, pero no para las ciencias sociales, ya que muchos fenómenos sociales son demasiado abstractos como comentábamos antes⁽³⁾. Sin embargo, nosotros partimos de la idea de que la estandarización del NOC es beneficiosa para la investigación, por lo que la clave está en cómo esos conceptos se traducen a definiciones o términos operacionales, y cómo de ellos se deducen unas categorías empíricas o indicadores que posibiliten la contrastación empírica del concepto que se analice.

Los conceptos cumplen una función fundamental de síntesis, de denominador común que englobe una serie de observaciones, proporcionándolas un sentido. El concepto de *tristeza*, por ejemplo, proporciona una denominación común a una serie de manifestaciones distintas: llanto, desánimo, bajo tono de voz, negativa a hablar o a comer, problemas de sueño, etc. Los conceptos pueden evocar realidades individuales o colectivas, ya que como los define *son estructuras que nos hacen estructurar la realidad*⁽⁴⁾.

Los conceptos difieren esencialmente por su mayor o menor grado de abstracción. El concepto de *poder*, por ejemplo, denota un grado de abstracción superior al concepto de *educación*.

La NOC habla de 4 niveles generales de abstracción en los que están diseñados los Resultados, con una medida de los procedimientos a nivel empírico. En los niveles superiores el nivel de abstracción es más alto, y va concretándose cada vez más hasta llegar al nivel más empírico, que sería la medición de las escalas.

Cuadro 1 - Niveles de abstracción en la taxonomía NOC - Barcelona, 2008

La mayoría abstractos	Dominios de Resultados enfermeros
Nivel de abstracción medio-alto	Clases de Resultados enfermeros
Nivel de abstracción medio	Resultados enfermeros
Nivel de abstracción bajo	Indicadores de Resultados enfermeros
Nivel empírico	Medida de las actividades de los Resultados

Fuente: Moorhead S, et al. NOC. 2008. p.41⁽¹⁾

En la práctica, ese nivel empírico es más fácil de concretar cuando intervienen datos numéricos como una Tensión arterial o las veces que el paciente va al aseo.

Es necesario concretar, saber qué significa cada numeración de las escalas. En toda operacionalización de conceptos teóricos se ha de partir de las siguientes consideraciones⁽²⁾:

a) Entre los indicadores y el concepto a medir ha de haber una plena correspondencia. Los indicadores han de seleccionarse de manera que logren representar la *propiedad latente* que el concepto representa en condiciones de validez y fiabilidad.

b) Los indicadores pueden materializarse en formas diversas: preguntas en un cuestionario o categorías de análisis en una entrevista abierta, en el registro de una conducta observada, en datos estadísticos... depende de cuál sea la técnica de obtención de información que el investigador haya seleccionado en el diseño de la investigación.

c) En la operacionalización, como en todo proceso analítico, se asumen unos márgenes de incertidumbre. Para reducirlo al máximo, se deben utilizar los mismos criterios de validación y rigor que en cualquier investigación.

Las propuestas metodológicas con las que este proceso se está llevando a cabo y algunos ejemplos son:

1. Operacionalización de escalas ya validadas.

La investigación sobre armonización de escalas ya conocidas y validadas como la escala EVA del dolor para hacerlas confluir con las escalas Likert del 1 al 5 del NOC ya se ha empezado a realizar. Se pueden hacer coincidir escalas por ejemplo sobre Satisfacción, calidad de vida, etc. De las que hay muchas, tomando los ítems de dichas encuestas que coincidan con los indicadores propuestos por NOC o proponer que se incluyan otros. De esta manera se podrán hacer compatibles los registros en las gráficas o en las historias clínicas que se hacen con estas escalas, por ejemplo la EVA, NORTON, GLASGOW, BARTHEL, etc. con los registros en programas de planes de cuidados NNN: un 10 en la escala EVA puede corresponder a un 5 en el NOC *nivel de dolor*, o un 10 en la escala Norton corresponder a un 5 en *Integridad tisular: piel y membranas mucosas*⁽⁵⁾.

2. Utilización de dos escalas: cifras o palabras descriptoras de Indicadores.

En lugar de armonizar una escala ya validada con la escala Likert del Noc, otra línea de trabajo a seguir es la elaboración y validación de instrumentos propios, a través de la asignación de cifras o palabras descriptoras para los indicadores seleccionados de un resultado, de manera que se proporcione significado clínico a las puntuaciones⁽⁶⁾. Un grupo de enfermeras de un hospital de cuidados paliativos de Iowa seleccionaron del Resultado *Muerte digna* los indicadores que consideraron apropiados y adjudicaron descriptores a cada uno de los valores de las escalas según la literatura revisada sobre cómo el paciente y la familia se enfrentan al proceso de la muerte. Por ejemplo, para el Indicador *Pone sus asuntos en orden*, los valores proponen la siguiente escala alternativa a la del NOC, que es de *nada a muy extenso*⁽⁷⁾:

1. No se preocupa o no es capaz de poner sus asuntos (legales, personales, de negocios o financieros) en orden.
2. Se preocupa y es capaz de identificar los asuntos que deben ser puestos en orden
3. Toma parte activa en la organización de sus asuntos
4. Pone la mayoría de sus asuntos en orden
5. Pone todos sus asuntos legales, personales, de negocios y financieros en orden.

Utilizaron un estudio de cohortes desde los dos días al número 48 de ingreso y analizaron posteriormente los datos cuantitativamente.

3. Utilización de indicadores NOC como características definitorias (Indicadores-Diagnóstico) y factores relacionados (Indicadores etiológicos)

Mediante validación por expertos⁽⁸⁾, generaron un instrumento de ayuda al diagnóstico *Gestión ineficiente de la propia salud* haciendo que cada indicador representase una o varias características definitorias o factores relationales. Se mantiene la escala del 1 al 5 en orden ascendente al cumplimiento. Así, valores bajos (inexistencia del criterio de resultado) confirmaban la presencia de características definitorias del diagnóstico (en el caso de los indicadores diagnósticos) o de los factores relacionados (en el caso de los indicadores etiológicos) y viceversa.

4. Utilización de la lógica difusa

La Lógica Difusa es un término matemático. Es una lógica basada en la teoría de conjuntos que posibilita imitar el comportamiento de la lógica humana. En Inteligencia Artificial es un método de razonamiento de máquina similar al pensamiento humano, que puede procesar información incompleta o incierta, y se utiliza para representar la información imprecisa, ambigua o vaga. Dan la posibilidad de hacer programas para ordenadores que interpreten las

expresiones humanas que normalmente son imprecisas para la matemática tradicional.

Ejemplificando, cuando tenemos el dato de un paciente sobre dolor agudo, en la lógica tradicional este dato se inserta en apenas dos conjuntos: *con dolor agudo o sin dolor agudo*. En la lógica difusa, utilizando los conjuntos difusos, podemos establecer grados de pertinencia del dolor que lo aproximan a un conjunto de *fuerte dolor agudo, moderado dolor agudo o leve dolor agudo*. Ha comenzado a ser utilizada por enfermeros principalmente para el proceso de toma de decisiones y en el desarrollo de modelos, permitiendo comprender cómo los enfermeros lidian con los fenómenos de enfermería que son complejos, ambiguos e imprecisos, aunque todavía no con lenguajes enfermeros⁽⁹⁾.

5. Utilización de los Resultados e Indicadores como escalas de medición de observaciones enfermeras, haciendo posteriormente un análisis estadístico de las mismas

En el artículo⁽¹⁰⁾ se miden los 11 indicadores del NOC *Conducta de búsqueda de salud* mediante las observaciones de 5 enfermeras. Se cuantifica el número de observaciones realizadas y se hace un análisis estadístico de las mismas.

Estos métodos pueden dar lugar a múltiples trabajos de investigación: validación, concordancia, efectividad, etc., pero aunque muchos investigadores que se decantan por la corriente cuantitativa entiendan que es posible realizar este mismo trabajo con todos los tipos de etiquetas, los que trabajamos con investigación cualitativa nos resistimos a utilizar las mismas herramientas metodológicas, ya que entendemos que no es lo mismo cuantificar el eritema de una herida que las necesidades espirituales. Son múltiples los instrumentos psicométricos propuestos y validados por la Psicología, la Psiquiatría, la Sociología y otras disciplinas, pero en este artículo se pretende dar otro enfoque más desde la Antropología y las ciencias sociales, ya que entendemos que la Enfermería ocupa también el campo de las Ciencias Sociales dado su carácter holístico. Sería la siguiente propuesta.

6. Interpretación de observaciones cualitativas emic/etic

Hay que recuperar los relatos del paciente (Howard Butcher, NIC, 2010)

Nivel emic-etic

La meta de la investigación cualitativa es el desarrollo de conceptos que ayuden a entender fenómenos sociales dando énfasis a los significados, experiencias y opiniones de todos los actores sociales. En 1954 Pike planteó la existencia de dos puntos de vista al abordar cómo se conforma esa realidad social y la forma en que el investigador debe acceder a dicha realidad. Estas dos posturas se denominan etic y emic. El punto de vista emic es el del sujeto o comunidad analizados, mientras que el etic representa el punto de

vista interpretativo del observador^(a). Este concepto etic es distinto al de *experto*, ya que desplaza el punto de interés al sujeto y utiliza otras herramientas metodológicas. Adaptamos las ideas de Foucault al contexto enfermero. Foucault puede considerarse en cierto modo uno de los padres de la posmodernidad merced al papel que otorga al discurso dentro del conocimiento general. La postura foucaltiana respecto a que el discurso es el que conforma el objeto y posibilita su emergencia en los contextos determinados supuso un giro radical respecto a las posturas clásicas de estudios etnográficos meramente *descriptivos* de una cultura. Defiende que, frente a la discontinuidad que presenta la realidad, el discurso plantea una articulación que se introduce desde el exterior. El discurso, tanto del antropólogo, del sociólogo, del historiador o cualquiera de los científicos, es una creación de los mismos, y está elaborada tanto a partir de un contexto exterior que define su entorno, como también de su historia interior. Esas *historias* lo llevan a escuchar determinadas voces y a silenciar otras; a emplear determinadas construcciones, determinados esquemas, presentes en su mente más allá de su propia conciencia. No se limita a considerar el pensamiento y el conocimiento como dependiente del paradigma dominante, sino que la propia realidad es generada por aquél⁽¹¹⁾. Así se ha realizado para Comparar transculturalmente el Resultado NOC *Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria* (1606) en usuarios de Terapias Complementarias orientales en España y en Japón^(b).

Del NOC se escogen los Indicadores que se han considerado más oportunos. Siguiendo los postulados del método etnográfico, que es el apropiado para los estudios culturales, estos Indicadores se agruparon por temáticas y se hicieron corresponder con las categorías que se habían trabajado en las entrevistas semiestructuradas y la observación participante.

Analizando los niveles emic y etic de los discursos se obtiene como conclusión el número de la escala likert de cada uno de los indicadores. Se ha mantenido sin cambiar por otras palabras la escala propuesta por la NOC: *Nunca demostrado a Siempre demostrado*, pero lo que hacemos es *interpretar* cualitativamente el *por qué* se le ha dado esa numeración tras analizar los discursos de los informantes. La finalidad NO es en sí establecer leyes universales. También como Foucault, la obra antropológica⁽¹²⁾, de clara orientación simbólica, se convertirá

^(a) En 1954, el lingüista y misionero Kenneth L. Pike describe en su obra *Language in relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior* (Glendale, 1954, 2nd ed La Haya 1971) la distinción emic-etic entendiendo que estos sufijos provienen de phonemic y phonetic, siendo fonémica la perspectiva que se centra en el estudio de las unidades significativas para el hablante, mientras que la fonética estudiaría los sonidos del hablante desde el exterior a efectos lingüísticos. Posteriormente la Antropología adoptaría estos términos para la investigación social a través de autores como E. Sapir o M. Harris (en Aguirre Batzán, E, editor. *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Boixareu Universitaria, 1995. p.85-86).

^(b) Proyecto derivado de los datos de la tesis doctoral de Echevarría, P. (2007) (14) y realizado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (España) por el grupo de investigación *Pensamiento y lenguajes enfermeros en un contexto social* (Murcia, España, 2012).

en el punto de arranque del posmodernismo, en el cual el antropólogo-investigador hace de intermediario, muy lejos de lo que había sido la atemporalidad romántica de los pioneros de la *monografía etnográfica*. El etnógrafo dejaba de ser el apasionado descubridor de una cultura de la cual levantaba un acta en presente, para asumir el papel de redescubridor de una cultura en la cual vive y de la cual narra las vivencias nacidas de su convivencia con los individuos que ha conocido. Precisamente esta narración temática confiere una diacronía a los acontecimientos, que constituye el contrapunto con la etnografía monográfica. Específicamente en la investigación social de la salud y la

enfermedad, la Antropología médica introdujo su bagaje como subdisciplina que se inició en los años setenta, introduciendo la hermenéutica como abordaje metodológico.

Esta operación se ha realizado en los grupos español y japonés (Figura 1), y por último en ambos. Para estudiar el concepto objeto de estudio, se ha tomado la primera de las 4 unidades de análisis⁽¹³⁾ para la comparación de sistemas médicos como sistemas culturales: 1 - Proceso de búsqueda de salud y Modelos explicativos, 2 - Realidades clínicas, 3 - Adaptación de los sistemas de salud y 4 - Conflictos y *yatrogénesis cultural*^(c).

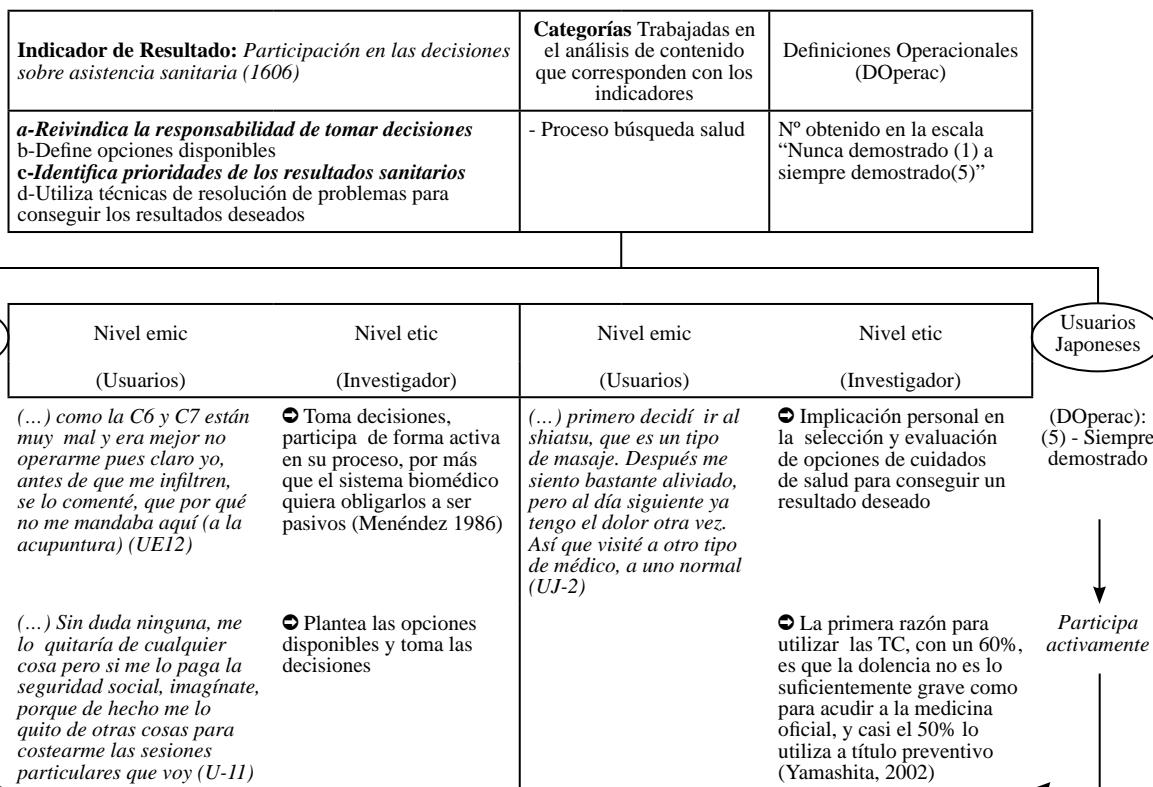


Figura 1 - Comparación Usuarios de TC españoles y japoneses para los 4 primeros indicadores del Resultado *Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria*. Adaptado: Esquema de Evaluación del Malcon Baldrige National Quality Award (MBNQA), 1995⁽¹⁵⁾

Los datos se han tomado de una parte de los resultados de una investigación que supuso una tesis doctoral⁽¹⁴⁾ y se refieren a las creencias y percepciones de los usuarios de las Terapias Complementarias sobre la efectividad de las mismas en dos culturas distintas, España y Japón.

La población de estudio fueron usuarios de TC, dado que los NOC se refieren a resultados que describen un estado, conducta o percepción variable del paciente, cuidador, familia o comunidad.

A modo de ejemplo, el Resultado obtenido en ambos grupos para el primer bloque de indicadores señalados es 5 (Siempre demostrado), ya que entendemos que *Participa activamente en la toma de sus decisiones* tal como se desprende

de los discursos emic y la interpretación etic. Las diferencias culturales se aprecian más en otros indicadores, pero no en estos. De modo general se concluye que el ser humano en general toma parte activa en su proceso de salud, aunque culturalmente puede diferir en cómo lo hace (Figura 1).

No va a medir la efectividad de una intervención enfermera porque no la hubo como tal según los criterios para evaluar la sensibilidad enfermera que propone la NOC (Cuadro 2), pero sí hubo una observación o valoración en este caso de una investigadora enfermera

^(c) Kleinman acuña este término para referirse al proceso que se crea con los conflictos. Los conflictos son mayores cuando los episodios de enfermedad tocan diferentes sectores.

y antropóloga de la percepción de los pacientes que utilizaron TC y de cuestiones relacionadas con el estudio de los factores organizacionales que influyen en los

resultados del paciente. La estructura de la organización del sistema sanitario ha ganado preponderancia en los últimos tiempos.

Cuadro 2 - Criterios para evaluar la sensibilidad enfermera - Barcelona, 2008

Criterios para evaluar la sensibilidad enfermera. (Sensibilidad: capacidad de un instrumento de Resultados de detectar cambios atribuibles a las intervenciones)
- Una intervención enfermera produjo un resultado positivo
- Una intervención enfermera influyó en un resultado positivo
- Una intervención enfermera se realizó con la intención de producir o influir en un resultado
- Una intervención enfermera produjo una mejora o mantenimiento de un resultado o previno el deterioro o aparición o aparición de un resultado negativo
- La intervención enfermera ocurrió antes de la observación del resultado
- Un fracaso a la hora de proporcionar intervención enfermera impidió conseguir un resultado positivo o prevenir un resultado negativo
- Las intervenciones que produjeron o influyeron en un resultado están dentro del alcance de la práctica enfermera

Fuente: Moorhead S, et al. NOC. 2008, p. 43⁽¹⁾

Además los NOC no siempre se utilizan para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras⁽¹⁶⁾. Pueden servir para hacer un seguimiento y evaluación, sin intervención. Estos autores hicieron un estudio sobre el NOC *Integridad Familiar* en familias con un adolescente con cáncer, y entendieron que la mayoría de las cuestiones familiares muchas veces se resuelven sin intervenciones enfermeras. A veces la evaluación puede ser más importante que la intervención. Por esta razón los NOC se concibieron como conceptos variables y no como objetivos, ya que *proporcionan más información que la mera satisfacción de un objetivo*⁽¹⁾.

CRITERIOS DE CALIDAD Y NIVELES DE EVIDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

A menudo se escucha que el problema de la cualitativa es la falta de objetividad, y por tanto la imposibilidad de estandarizar este tipo de datos. Sin embargo, lo contrario de la objetividad no es la subjetividad. En cualitativa la objetividad emerge de la subjetividad en el proceso de análisis. La subjetividad se transforma sucesivamente en intersubjetividad por un lado cuando la interpretación es realizada por un grupo de investigadores, y en coherencia por otro. Se puede llegar así a una estandarización, cuando se cumplen criterios de calidad y rigor científico, cuando está bien realizada.

El término objetividad no es un descriptor de la realidad que un estudio descubre (parcialmente), sino del proceso mediante el cual el descubrimiento supuesto se realiza⁽¹⁷⁾. Otros autores hablan de *transparencia* del proceso de investigación en vez de objetividad. La estandarización no es, sin embargo, un fin en sí mismo, como hemos argumentado siguiendo a Foucault.

Para la investigación cualitativa la objetividad también es un bien como en cualquier trabajo científico, pero lo quiere lograr incluyendo las circunstancias de la situación

social o cultural en vez de excluirlas. Por ello también se somete a los criterios de rigor y calidad de la investigación mediante la validación, pero no con los mismos criterios que la cuantitativa (Cuadro 3).

Cuadro 3 - Criterios de validación en metodología cuantitativa y cualitativa - California, 1994

Criterios regulativos	Metodología cuantitativa	Metodología cualitativa
Veracidad	Validez interna	Credibilidad
Aplicabilidad	Validez externa/generalización	Transferibilidad
Consistencia	Fiabilidad	Dependencia
Neutralidad	Objetividad	Confirmabilidad Intersubjetividad Coherencia

Fuente: Adaptado de Guba EG, Lincoln YS, 1994⁽¹⁸⁾
(Endnotes)

La manera fundamental de alcanzar esos criterios es mediante la triangulación, es decir, la combinación de enfoques y perspectivas sobre una misma investigación para mejorar los resultados, bien sean de datos, de teorías o de técnicas.

La definición tradicional de validez asume que existe una correspondencia veraz de los resultados con una realidad objetiva. La investigación cualitativa ofrece aportaciones basadas sobre las experiencias sociales o personales, que tienen necesariamente un fuerte componente interpretativo o hermenéutico, pero no por eso es menos verdadero. Para evitar la confusión, algunos investigadores cualitativos evitan típicamente el término **válido** en favor de alternativas tales como **creíble**⁽¹⁹⁾.

Validación con expertos versus validación con los pacientes, familia o comunidad. ¿Qué es más acertado? cuando se trata de emociones, percepciones o creencias, el discurso del informante implicado se convierte en la herramienta de trabajo interpretativa o hermenéutica del investigador, sin intermediarios. La biomedicina está acostumbrada a pensar y decidir por el paciente. Es lo que Menéndez describe como *participación subordinada*⁽¹⁹⁾.

Los niveles de evidencia tienen que ser revisados para investigaciones cualitativas. ¿Por qué tiene un nivel menor de evidencia? Tal como sugieren numerosos autores, los criterios de evaluación del movimiento de la práctica basada en la evidencia se han de ampliar y cuestionar los intentos de jerarquizar las evidencias con parámetros exclusivamente positivistas; el trabajo cualitativo es interpretativo y subjetivo y por ello se resiste a una jerarquización en niveles como los de Cochrane⁽²⁰⁻²¹⁾. Los ensayos clínicos, el máximo de rigor científico según las clasificaciones de niveles de evidencia, pueden ser imposibles o poco éticos para algunas intervenciones, y otras pueden no tener soporte empírico. Por ejemplo, las enfermeras no pueden realizar un tipo de *escucha a una familia y otro tipo a otra*⁽¹¹⁾. Muchas de las intervenciones enfermeras pueden ser clasificadas como nivel 1^a aunque no sean ensayos clínicos. *Facilitar privacidad, Establecer relación de confianza ó Escucha activa* son intervenciones que se pueden establecer como estándares de la práctica.

CONCLUSION

Del positivismo a la hermenéutica. La investigación en lenguajes enfermeros empieza a desarrollarse, pero debe hacerse con unos cimientos metodológicos correctos. Tanto la investigación básica como la aplicada deben atender a los mismos criterios de idoneidad metodológica que cualquier otra investigación. En el NOC resulta más compleja la utilización de metodologías cualitativas por la obligatoriedad de reducir los resultados a una escala numérica tipo Likert. Aún entendiendo como positiva para la estandarización esta realidad, es preciso hacer un esfuerzo para impulsar la metodología cualitativa, especialmente para los NOC de corte psicosocial y cultural, y no finalizar necesariamente con un análisis estadístico. No hemos encontrado en la literatura propuestas en este sentido. Nosotros propugnamos un *camino medio* entre ciencia y literatura, entre positivismo y posmodernismo, lo cual exige una metodología más abierta y pluridimensional. Aquí entraría la hermenéutica o metodología interpretativa. Este artículo pretende ampliar la visión metodológica para poder ser aplicada a otros estudios. La Enfermería siempre se ha caracterizado por escuchar al paciente, y esa escucha es precisamente el instrumento básico de este tipo de abordaje metodológico.

El cambio fundamental es pasar a contemplar no solo la opinión de los expertos como se ha hecho hasta ahora por ejemplo con el modelo de validación de Fehring, sino realmente la opinión de los pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, editors. Nursing Outcomes Classification (NOC). St. Louis: Mosby; 2008.
2. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1996
3. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. Beverly Hills: Sage; 1979
4. Bordieu P. La ilusión biográfica. Barcelona: Anagrama; 1989. (Historia y Fuente Oral, n. 2).
5. Giró Formatger D. Experiencias clínicas en el uso del NOC en España. En: 8^a Jornadas de Trabajo AENTDE : el NOC en el Proceso de Cuidados [Internet]. [Internet]. A Coruña; 2011 [citado 2012 mar. 20]. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/7355>
6. Almeida M, Seganfreido DH, Unicovsky MR. Nursing outcome indicator validation for patients with orthopedic problems. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2012 Mar 11];44(4):1059-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_29.pdf
7. Brokel JM, Hoffman F. Hospice methods to measure and analyze nursing: sensitive patient outcomes. Hosp Palliat Nurs. 2005;7(1):37-44.
8. Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Fernández-Gallego MC, Berroblanco Cobos E, Delgado Romero A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. An Sist Sanit Navar. 2011;34(1):51-61.
9. Jensen R, Lopes MH. Enfermería y lógica difusa: una revisión integradora. Rev Latino Am Enferm USP. 2011;19(1):195-202.
10. Macnee Carol L, Edwards J, Kaplan A, Reed S, Bradford, S, Walls J, Schaller-Ayers JM. Evaluation of NOC standardized outcome of "health seeking behavior" in nurse-managed clinics. J Nurs Care Qual. 2006;21(3):242-47.
11. Foucault M. La arqueología del saber. México: Siglo Veintiuno Editores; 1997.
12. Geertz C. La interpretación de las culturas, México: GEDISA; 1987.
13. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California; 1981.

-
14. Echevarria P. Hacia una medicina integral: convivencia de los modelos de salud oriental y occidental en España y Japón [Internet]. Murcia: Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2007 [citado 2012 mar. 12]. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/jspui/handle/10952/18/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&value=Echevarr%C3%ADa+P%C3%A9rez%2C+Mar%C3%ADa+Paloma>
 15. Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA). Modelos para la implantación de la gestión de la calidad total: el sistema integrado de gestión. Directrices para el sector público. Bruxelas; 1995.
 16. Kautz D, Van Horn ER. An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2008;19(1):14-19.
 17. Guba EG. Subjectivity and objectivity commentary on the papers by Phillips and by Roman and Apple. En: Eisner EW, Peshkin A, editors. *Qualitative inquiry in education: the continuing debate*. New York: Teachers College; 1990. p.74-91.
 18. Guba EG, Lincoln YS. Eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
 19. Menéndez EL. Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud. *Nueva Antropol.* 1986;8(29):49-63.
 20. De la Cuesta Benjumea C. La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index Enferm* [Internet]. 2005 [citado 2012 mar. 11];14(50):47-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 21. Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ, editors. *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks: Sage; 2001.