



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Amezcuá, Manuel; Gálvez Toro, Alberto

LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA
CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA

Revista Española de Salud Pública, vol. 76, núm. 5, septiembre-octubre, 2002
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076505>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

COLABORACIÓN ESPECIAL

LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA

Manuel Amezcuá (1,2) y Alberto Gálvez Toro (3)

- (1) Hospital Universitario San Cecilio, Granada.
(2) Laboratorio de Antropología Cultural, Universidad de Granada.
(3) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén.

RESUMEN

Existe un considerable bagaje teórico y metodológico para desarrollar investigación cualitativa en salud siguiendo la diversidad de tradiciones analíticas que aportan principalmente las ciencias sociales. Sin embargo este maridaje que se produce en torno a lo socio-sanitario abre un espacio multidisciplinar no suficientemente explorado aún que suscita numerosos interrogantes. En este artículo se realiza una visión panorámica de los principales paradigmas, metodologías y orientaciones teóricas que han inspirado los análisis cualitativos en el contexto de las ciencias de la salud. Partiendo de una clasificación primaria, se proponen los dos polos que delimitan el *continuum* del análisis cualitativo: desde los diseños que ponen énfasis en la descripción de los datos, con un carácter puramente exploratorio, hasta aquéllos que se adentran en las formas de teorización para establecer interpretaciones e inferencias.

La investigación cualitativa abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos, como el análisis de contenido o el análisis del discurso, que permiten un acercamiento a las formas de comunicación y escudriña en la ideología que se oculta tras el lenguaje. La tradición sociológica y antropológica aportan de esta manera metodologías singulares que permiten conocer el contexto donde surgen los fenómenos y elaborar propuestas teóricas para explicarlos, como es el caso de la etnomethodología, la inducción analítica o la teoría fundamentada. Por último se proponen algunas claves para construir un espacio común desde el que construir nuevas perspectivas epistemológicas a partir de la confluencia multidisciplinar.

Palabras clave: Investigación cualitativa. Ciencias de la Salud. Ciencias Sociales. Análisis cualitativo.

ABSTRACT

Different Approaches to Qualitative Health Research Analysis: A Critical and Reflective View

There is a consistent theoretical and methodological foundations on qualitative health research provided mainly by social sciences. However, this existent overlap between social and health aspects is a wide multidisciplinary field still underexplored. This article offers an overview of the main paradigms, methodologies and theoretical tendencies of qualitative research analyses within the health sciences context. Based on an initial classification, two opposite extremes for setting the bounds of the qualitative analysis *continuum* - from designs focusing on data description, which are purely exploratory, to those which go into theorizing processes so as to draw out interpretations and inferences - are discussed.

Qualitative research is an important tool in the analysis of health problems from a social and cultural point of view. Adopting different procedures such as content and speech analysis, qualitative research approaches communication patterns and examines the diverse language ideologies. Sociological and anthropological traditions provide unique methodologies which allow to know the context where the phenomena appear and set out theoretical proposals in order to explain them, for example ethnmethodology or analytical induction. Lastly, some keys are suggested for developing a common area, out of which new epistemological perspectives may be set out based on different disciplines coming together.

Key words: Qualitative Research, Health Sciences. Social Sciences. Qualitative analysis.

INTRODUCCIÓN

La fase de análisis de los datos representa probablemente el lado oscuro de la investigación cualitativa. Tanto los defensores teóricos del método como los productores de investigaciones cualitativas adolecen de proporcionar escasa información sobre los modos en que transforman los datos en interpretaciones que puedan sustentarse científicamente. Tal vez sea por ello que aún existan investigadores (especialmente en ciencias de la salud) que miran con una reticencia insalvable la incorporación de esta metodología para el abordaje de los problemas de salud. Un texto de Mercado y colaboradores, aparecido hace dos años, vino en cierta forma a romper esta tendencia, aportando algunas ideas utilísimas sobre este asunto tan espinoso¹. En fechas recientes uno de los autores de este trabajo tuvo la oportunidad de realizar una estancia académica en la Universidad donde Mercado dirige un Programa de Investigación Cualitativa en Salud, lo que le permitió compartir algunas de las reflexiones epistemológicas que aparecerán en este artículo. Quiere eso decir que al día de hoy nos resulta imposible asumir la paternidad de todo lo que aquí se diga, debiendo compartirlo con el propio Mercado y no pocos investigadores que en los últimos meses aceptaron un ejercicio reflexivo sobre la utilidad del análisis cualitativo a partir de su experiencia.

Una primera cuestión, bastante aceptada por otra parte, es que el interés por los análisis cualitativos en el contexto de las ciencias de la salud se ha producido a partir del interés mostrado por los investigadores sociales en las instituciones sanitarias, lo cual ha motivado que la investigación cualitativa en salud se esté definiendo a partir de referentes teóricos y metodológicos tomados principalmente de las ciencias sociales y las humanidades. Estudios como los de Goffman sobre los hospitales psiquiátricos y su concepto de institución total² alertaron, aunque algo tardíamente, sobre la necesidad de abordar determinados problemas de salud

desde perspectivas bien distintas a la puramente biomédica, perspectivas que admiten la subjetividad (tanto de los sujetos investigados como del investigador) como objeto de análisis, algo que podía sonar a herejía a principios de los sesenta, y que aún hoy sigue siendo objeto de controversia fuera del reducido grupo de iniciados en los modos de análisis cualitativos.

En el contexto de la salud, la metodología cualitativa ha abierto un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.), lo que lejos de ser un inconveniente aporta una gran riqueza en la producción. Sin embargo también provoca una serie de efectos perversos, como por ejemplo la gran variabilidad existente en la manera de afrontar el análisis: imprecisión y confusión de conceptos, multiplicidad de métodos, más descripción que interpretación, riesgo de especulación, escasa visión de conjunto, ateorización, etc., hasta tal punto que hoy día no podríamos hablar del análisis cualitativo, sino más bien de los análisis cualitativos. En esta confluencia disciplinar, es tan importante que los investigadores desvelen los secretos de su cocina (la «alquimia dubitativa» de Minayo), como el llegar a consensos sobre los aspectos más elementales del análisis: terminologías, métodos y técnicas, criterios de validez y fiabilidad, perspectivas teóricas, etc.

LA BÚSQUEDA DEL SIGNIFICADO

Parece una constante que los investigadores en salud llegaron a los análisis cualitativos buscando conocer dimensiones complejas de las que aportan poca o nula información los registros clínicos habituales. Después de una década centrada en el estudio de las enfermedades crónicas y a pesar de haber adoptado desde su comienzo una perspectiva crítica, Mercado decide incorporar el análisis cualitativo para poder com-

prender la experiencia del padecimiento, para lo cual buscó a través de entrevistas recuperar «la voz de quienes padecen» (los propios pacientes, sus familiares, sus amigos, sus compañeros de trabajo y demás integrantes de su red social más cercana)³. A la vista de los estudios publicados en las últimas décadas, no se entenderían los abordajes cualitativos sin la idea la complementariedad metodológica, en tanto una buena parte de las investigaciones que buscan comprender la subjetividad y la significación, se interrogaron previamente sobre relaciones entre variables y su medición⁴.

Cuando la mirada del investigador se dirige a problemas de salud en su dimensión social o cultural (concepciones y representaciones, política, administración, instituciones, etc.), los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos y comienza la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles. El resultado es la afluencia de datos muy descriptivos, las propias palabras pronunciadas o escritas de la gente y las acciones observables⁵. Al analizarlos llega el momento quizás más angustioso para el investigador poco acostumbrado a confrontar las dos materias primas sobre las que hay que trabajar: el lenguaje, que representa la subjetividad y el mundo de los significados y los símbolos, y la práctica, que representa lo concreto, lo morfológico. Es el estado nebuloso o el limbo, a los que se refiere Minayo, que a menudo ocultan los investigadores en sus informes, que puede al mismo tiempo esconder una creatividad desbordante y procedimientos analíticos poco confiables técnica y científicamente⁶.

¿Cuál es la materia oculta que tanto cuesta encontrar entre los datos cualitativos? Tres son las principales finalidades del análisis cualitativo según expresan algunos autores: la búsqueda del significado de los fenómenos a partir de los datos concretos, confirmar o rechazar hipótesis, y ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad⁷. Para alcanzar el estado de clarividencia

necesario en el trabajo interpretativo el investigador tiene que vencer varias dificultades. Una, la seducción de los métodos y las técnicas, que a menudo le hace olvidarse de su verdadera búsqueda: el significado. Otra, la dificultad para realizar abstracciones teóricas a partir de los datos concretos, que se da especialmente en investigadores con una formación y trayectoria positivistas cuando les faltan datos numéricos. Pero especialmente hay que aprender a controlar lo que Bourdieu (cit. por Minayo) llama «ilusión de transparencia», que se da sobre todo cuando el investigador está muy familiarizado con los datos y los escenarios que estudia, entablando una comprensión de la realidad apresurada y condicionada por su propia proyección subjetiva.

DESCRIBIR O INTERPRETAR

Verdaderamente no existe una taxonomía universalmente aceptada sobre los tipos de análisis en investigación cualitativa, o al menos nosotros no la conocemos. Por supuesto que ha habido algunos intentos clasificatorios, casi todos ellos en el campo de la sociología, pero respondiendo a criterios parciales que no han logrado atravesar la barrera disciplinar en la que fueron pensados. Fruto de esta carencia es la gran confusión terminológica que persiste en torno a los procedimientos para el análisis cualitativo (métodos, estrategias, técnicas, orientaciones epistemológicas, etc.). Aunque tampoco nosotros seamos capaces de aclararlo, intentaremos presentar algunas clasificaciones y mostrar críticamente algunas de las orientaciones metodológicas a las que se refieren con mayor frecuencia los todavía escasos investigadores del campo de la salud que muestran su interés por diseños cualitativos, aunque no lo haremos siguiendo la lógica cronológica en la que fueron surgiendo.

Una de las primeras aportaciones clasificatorias se debe a Barton y Lazarsfeld, al proponer identificar cinco niveles en los procedimientos de análisis del material cu-

litativo en función de su complejidad: las simples observaciones, la construcción o aplicación de sistemas descriptivos (listas y tipologías), las relaciones entre variables, las formulaciones matriciales, y el análisis cualitativo en apoyo de la teoría⁸. Esta clasificación tiene notables ausencias, como la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss, que fue descrita con posterioridad, pero sus autores introducen la idea de un *continuum* dentro del cual tendría cabida cualquier procedimiento analítico que surgiese en el futuro. En torno al criterio de complejidad emergen dos polos, no opuestos, sino como un largo camino con numerosas estaciones, al decir de Hammersley y Atkinson⁹, un itinerario que iría desde los estudios que pretenden describir los datos, hasta los que buscan su interpretación a partir de proposiciones teóricas:

a) Los estudios *descriptivos*, también llamados por Taylor-Bogdan *etnografías* para diferenciarlos de los estudios teóricos o conceptuales, tratan de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretenden proporcionar una imagen «fiel a la vida» de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa⁵. Aquí se da una mínima interpretación y conceptualización, permitiendo que sean los propios lectores los que extraigan sus propias conclusiones y generalizaciones. Se basan en la narración de una historia como vehículo para la descripción de las personas, escenarios o acontecimientos. Como referente de esta corriente se toman los estudios de la Escuela de Chicago, especialmente los basados en historias de vida que se registraban en primera persona, que fueron muy criticados por su débil componente analítico. Aquí hay que aclarar que la pretendida escasa intervención del investigador en los datos es sólo aparente, pues de él depende la selección de los mismos y su ordenamiento, que está en función de lo que para él es importante. La mayoría de los estudios que se están publicando en ciencias de la salud, al menos en estos momentos en España, podrían encuadrarse dentro de este nivel de análisis, con una intención

claramente exploratoria, pero que en están facilitando el surgimiento de líneas de investigación hasta ahora inexploradas, como puede ser el estudio de los cuidadores familiares, la satisfacción de los ciudadanos sobre la atención recibida, el afrontamiento de la enfermedad, etc.⁴.

b) Los estudios *interpretativos* utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos, pretenden comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio. Glaser y Strauss hablan de teorías sustanciales, relacionadas con un área concreta de indagación como puede ser el cuidado del paciente, a diferencia de las teorías formales, que se refieren a áreas conceptuales, como por ejemplo el estigma¹⁰. Uno de los objetivos posibles del *Análisis de Contenido*, que es una de las metodologías más utilizadas en investigación cualitativa, es la formulación de inferencias y la prueba de hipótesis, para su verificación o rechazo¹². No siempre ha habido acuerdo entre los investigadores sociales sobre si el propósito de los estudios teóricos ha de ser desarrollar o verificar teorías, pero entre los procedimientos más conocidos para el análisis cualitativo están la *teoría fundamentada*, para generar conceptos, proposiciones e hipótesis a partir de los datos, y la *inducción analítica*, para verificarlos.

Existen otras posibilidades de mostrar la doble dirección del análisis. Los estudios del discurso diferencian dos tipos en función de su grado de concreción, distinguiendo los enfoques teóricos y descriptivos por un lado y los aplicados y críticos por el otro, o bien, haciendo un corte transversal, identifica dos estilos de investigaciones, las empíricas y las filosóficas¹². Ibáñez, dentro de la modalidad estructural del análisis sociológico, contempla dos líneas de análisis cualitativo: el sincrónico (de la estructura superficial a la profunda) y el diacrónico (desde el plano fenomenal al generativo)¹³. Quizá una de las clasificaciones más completas es la propuesta por Tesch, que identifica dos grandes familias en el análisis cualitativo: la

estructural, que presupone la existencia de estructuras o reglas que se trata de descubrir (como en el análisis del discurso), y la *interpretacional*, que pretende la identificación y categorización de elementos y la exploración de sus conexiones, de su regularidad o rareza y de su génesis. En esta segunda familia todavía identifica dos tipos: los análisis *descriptivos/interpretativos*, representados sobre todo por la etnografía clásica, y el análisis *constructor de teoría*, asociado especialmente a la teoría fundamentada.

ESTRUCTURA DEL LENGUAJE E IDEOLOGÍA DEL DISCURSO

Hemos de reconocer que desde que se generalizó el uso de los programas de cómputo para el análisis de datos cualitativos, cada vez afrontamos con mayor dificultad las diferencias teóricas entre los métodos que se proponen como clásicos del análisis cualitativo. Como miembros de la redacción de una revista con secciones especializadas en investigación cualitativa nos vemos en la obligación cotidiana de coordinar la revisión de artículos en los que hay una tendencia creciente a suplantar la identificación del método utilizado (análisis de contenido, de discurso, etnometodología, etc.) por la denominación del software que se utilizó para el análisis asistido por ordenador, esto es en el mejor de los casos, pues como ya se ha apuntado todavía persiste la vaguedad e imprecisión a la hora de explicar esta fase de la investigación. En otros casos una multiplicidad de métodos identificados terminan siendo operativizados con el mismo programa de cómputo, lo que en la práctica reduce las diferencias epistemológicas a consideraciones teóricas tan sutiles que en parte explican la torpeza con la que algunos metodólogos dicen que manejan estas cuestiones los investigadores empíricos.

Lo cierto es que, sea por el trasvase disciplinar al que hacíamos referencia al principio, sea por la variabilidad semántica, o por el estado embrionario en que se encuentra el

proceso de discusión sobre este asunto, la primera impresión que uno recibe es que cada cual resuelve el dilema metodológico lo mejor que puede¹⁵, desarrollando sus propios modos de analizar los datos, seleccionando o combinando métodos en función del problema de estudio o del marco teórico de partida, lo que a su vez aumenta el número y el tipo de métodos propuestos. A continuación vamos a referirnos de manera breve a los dos referentes metodológicos que más aparecen en los estudios empíricos en salud: el análisis de contenido y el análisis del discurso. Ambos aparecieron en el contexto de las ciencias sociales como estrategias para interpretar datos de la comunicación y aunque al principio se pensaron como técnicas de análisis, sus seguidores los enriquecieron con componentes teóricos y filosóficos hasta situarlos hoy como verdaderas corrientes de pensamiento.

a) *Análisis de contenido*. Aunque en su origen designaba una técnica para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación (según definición de Berelson)¹¹, hoy se refiere a un conjunto de métodos y procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto. Establece dos grados de complejidad, descriptivo e inferencial, y recurre a técnicas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas. Distingue tres tipos de análisis: sintáctico (se interesa por la morfología del texto, permitiendo la búsqueda y recuento de palabras y caracteres), semántico (busca el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas), y pragmático (pretende descubrir las circunstancias en las que la comunicación tiene lugar).

«Análisis de contenido» es un término que a menudo se usa genéricamente para designar el tratamiento con los datos. Su principal inconveniente es que cubre demasiados métodos y técnicas diferentes¹⁶, lo que unido a la gran influencia que en su origen y desarrollo ha tenido la sociología positivista, le hace difícilmente encuadrable como

un tipo de análisis selectivo para la investigación cualitativa, podrá o no serlo en función de la estrategia y técnicas que se adopten. En cambio ofrece una gran ventaja para investigaciones que pretendan complementar abordajes cuantitativos y cualitativos, de paso que ofrece una relativa compatibilidad con los programas de cómputo (cuantitativos y cualitativos).

b) *Análisis del Discurso.* Aunque en su origen se planteó como un campo de conocimiento con teoría y método capaz de sustituir el análisis de contenido, hoy alude a una gran diversidad de enfoques y métodos de la que participan hasta media docena de disciplinas diferentes con vocación de construir un dominio autónomo de estudio, que se caracteriza por un enfoque crítico de los problemas sociales, el poder y la desigualdad¹². El estudio del discurso pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje (estructuras del texto y la conversación), la comunicación de creencias (cognición) y la interacción en situaciones de índole social.

En tal sentido el análisis del discurso no puede considerarse como un simple método que uno puede utilizar mientras realiza una investigación de índole socio-sanitaria, pues su enfoque tan amplio obligaría a precisar todavía más tanto en la perspectiva adoptada (língüística, antropológica, socio-crítica, etc.), como en las técnicas concretas utilizadas. En cambio, considerado como área de estudio y referente teórico aplicable a los enfoques sociales de la salud, el análisis del discurso se muestra como el referente idóneo para estudiar las instituciones sociales y políticas, las organizaciones, relaciones de grupo, estructuras, procesos, rutinas y muchos otros fenómenos en sus manifestaciones más concretas¹².

Los defensores de una y otra corriente insisten en marcar una línea divisoria entre el análisis de contenido y el análisis del discurso que a algunos puede resultar demasiado sutil. En el primero, el texto es tomado

como documento a ser comprendido y como ilustración de una situación, mientras que los teóricos del segundo mantienen que su pretensión es hacer el movimiento contrario, o sea, consideran que la situación está testificada en el texto, al que consideran y tratan como un *monumento*⁶. La crítica más común que se le hace a ambos es el énfasis que ponen en el texto como fuente casi exclusiva de significación, lo cual reduce sus posibilidades para el abordaje de problemas complejos de salud, para cuya comprensión es necesario considerar dimensiones socio-culturales que estando donde el discurso circula, quedan fuera del mismo.

Aunque ya hemos dicho que ambas corrientes son las más utilizadas en investigación cualitativa, no son las únicas. Algunos autores toman como referencia directa sus propios sustratos teóricos, como el materialismo histórico o la lingüística. Minayo, siguiendo a Habermas y Gadamer, propone el análisis hermenéutico-dialéctico por indicar un camino de pensamiento que supera el formalismo de los análisis de contenido y del discurso. La hermenéutica-dialéctica no determina técnicas de tratamiento de datos, sino su autocomprensión. Para esta autora se trata de la mejor opción para investigaciones que toman como objeto la salud en cuanto a representaciones sociales y análisis de relaciones⁶.

DESCUBRIR O VERIFICAR TEORÍAS

Si ya se había superado la polémica suscitada entre los científicos sociales sobre el nivel de abstracción teórica que debían de alcanzar los análisis cualitativos, hoy la mirada crítica se fija en los estudios de corte cualitativo que publican los profesionales de la salud. En su propuesta clasificatoria sobre la literatura producida en torno al problema de la determinación social de la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción, Castro cuestiona la aportación de algunos estudios, entre ellos el de Mercado sobre el padecimiento en las enfermeda-

des crónicas, debido a su carácter eminentemente descriptivo, sin que según este autor alcancen el nivel de teorización que hubiera sido deseable para permitir la comprensión de la experiencia de la enfermedad en general¹⁷. En nuestro estudio sobre la producción cualitativa en salud en España, la ausencia de teorización aparece como una de las constantes de los estudios empíricos, a lo que se suma una cierta repugnancia mostrada por los investigadores sanitarios a abordar problemas que se sitúan en las perspectivas de los pacientes, prefiriendo el estudio de las relaciones profesionales, los procesos de cambio, las reformas sanitarias, algunos procesos asistenciales, etc.⁴.

Ante esta situación, algunos defensores de la metodología cualitativa están poniendo énfasis en la necesidad de utilizar procedimientos de análisis que sean capaces al menos de generar teoría y casi todos ellos proponen como estrategia selectiva la *Teoría Fundamentada* de Glaser y Strauss. Pero no es la única, otro procedimiento mucho menos utilizado en salud, pero con grandes posibilidades es la *Inducción Analítica*, en tanto permite poner a prueba o verificar proposiciones teóricas sobre la naturaleza de la vida social. Descubrir o verificar teorías, análisis inductivo o deductivo, son las dos posibilidades que nos ofrecen estos dos procedimientos en el complejo itinerario de la interpretación, si bien hay que aclarar que la mayoría de los investigadores toman elementos de uno y otro, en tanto aquellos temas, conceptos o proposiciones que se identificaron inductivamente son sometidos a verificación para confirmarlos o verificarlos, lo cual abre un nuevo ciclo inductivo¹⁸.

a) La *Teoría Fundamentada*. En 1963 Mead sienta las bases del *interaccionismo simbólico*, término acuñado varias décadas antes por Blumer que, como contrapunto a la concepción durkehimiana del actor, viene a poner énfasis en las significaciones que las personas estudiadas ponen en práctica para construir su mundo social, que se producen gracias a su interacción con los otros¹⁹. Esta

concesión de la sociología hacia el sujeto como intérprete del mundo que le rodea va a permitir la utilización de metodologías de investigación que priorizan los puntos de vista de los actores. Este es el caso de la *Teoría Fundamentada o Teoría Anclada* (Grounded Theory) descrita por Glaser y Strauss²⁰, que utiliza el método inductivo para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos *a priori*, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Este método no persigue producir teorías formales, sino más bien teorizar sobre problemas muy concretos que podrán adquirir categoría superior en la medida en que se le agreguen nuevos estudios de otras áreas sustanciales o, dicho de otro modo, el investigador no pretenderá probar sus ideas al generar teoría fundamentada, sino sólo demostrar que son plausibles⁵.

El proceso de análisis en la teoría fundamentada es sumamente dinámico y creativo y se basa en dos estrategias fundamentales: el *método comparativo constante* (la recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente), y el *muestreo teórico* (se seleccionan nuevos casos en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados). El investigador está más interesado en generar teoría que en describir los datos, y de esta forma se logra construir el conocimiento basado en la experiencia de los propios sujetos²⁰. Un método parecido es el *Ánalisis Cualitativo de Teorización*, que pone énfasis en las operaciones sucesivas de construcción teorizante, más que en las codificaciones múltiples²¹.

Tras el intento frustrado de Riehl de aplicar al campo de los cuidados los postulados del interaccionismo simbólico de Mead y Blumer (en 1980 propone su introducción en los planes de estudios de enfermería a partir de su tesis doctoral sobre la capacidad de asunción de rol en niños autistas)²², la mayoría de las sugerencias metodológicas realizadas en el contexto de la salud, apun-

tan a la teoría fundamentada como el método selectivo para generar teoría en estudios que se encuadran dentro de la perspectiva fenomenológica. A la indudable influencia de sus propios creadores, que ilustraron su propuesta con un estudio sobre la pérdida social de pacientes moribundos²³, y de textos como los de Taylor-Bogdan⁵ o Denzin-Lincoln²⁴, hay que considerar la insistencia de algunos autores como Chenzkitz-Swanson en el contexto anglosán²⁵ o Cuesta en el iberoamericano²⁶ en mostrar las potencialidades de la teoría fundamentada para explicar las relaciones de la conducta humana con los problemas de salud. En este ámbito hemos visto aparecer en los últimos años algunos trabajos que utilizan este procedimiento de análisis para explicar el proceso de ajuste de identidad que se produce en los adolescentes que tienen que enfrentar un embarazo^{27,28}, o para comprender cómo percibe la mujer el fenómeno de la violencia doméstica y explora las condiciones que la llevan a permanecer o dejar la situación de maltrato²⁹, o para conocer los mecanismos de enfrentamiento y los recursos de apoyo social de las familias mexicanas ante el consumo de alcohol y drogas²⁰, o para entender las vivencias de las personas que conviven con una enfermedad crónica supeditadas a la técnica de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y conocer su satisfacción respecto al apoyo familiar y profesional³⁰, por citar sólo algunos.

b) La *Inducción Analítica* es la mejor estrategia para combatir la «ilusión de transparencia» del analista, esa opción de facilidad que hacíamos referencia al principio que a veces hace avanzar explicaciones que si no encuentran resistencia son tomadas por su autor como válidas y definitivas. Este método, que fue formulado por Znaniecki en 1934 y refinado posteriormente por otros autores, nos propone un ejercicio dialéctico para probar teorías mediante análisis cualitativo. La prueba a la que se van a someter la hipótesis o las proposiciones teóricas se basa en una sistemática en la que tiene especial importancia la búsqueda activa de casos

negativos: se define el fenómeno a explicar, se formula una hipótesis, se estudian tantos casos como sean necesarios para redefinir el fenómeno, se buscan casos negativos que refuten la hipótesis y se reformula una y otra vez hasta que se establece una relación universal consistente⁵. A diferencia de la teoría fundamentada, la inducción analítica «busca» datos para probar una teoría ya existente y los utiliza para generalizar sus resultados.

Aunque al principio fue utilizada para estudiar un problema de salud como el de las adicciones, lo cierto es que los investigadores sanitarios se han mostrado resistentes a incorporar este tipo de análisis, por lo que aún no ha salido del campo de las ciencias sociales. La razón puede estar en el escepticismo con el que aún se mira a la investigación cualitativa y en el hecho de que la verificación de relaciones causales tradicionalmente se ha considerado patrimonio exclusivo de la investigación de tipo experimental, que hoy por hoy continúa ocupando un lugar hegemónico en la investigación médica.

LOS LUGARES COMUNES DEL ANÁLISIS

Cualquiera que sea el estilo analítico adoptado, hay un momento en el que el investigador se encierra a solas con los datos y es entonces cuando comienzan verdaderamente las dificultades: ¿cómo realizar técnicamente las seductoras propuestas de la teoría?, ¿qué hacer con una información tan heterogénea?, ¿cómo se maneja para hacer emerger ese torrente de conceptos y proposiciones que sugiere el análisis cualitativo? Algunos investigadores reconocen que cada uno hace lo que puede, y otros que lo que se dice haber hecho responde a una «lógica reconstruida» que poco tiene que ver con la «lógica en uso» al tratar los datos³¹. La asepsia de los resultados del análisis queda en entredicho mientras el investigador no sea honesto a la hora de describir minuciosamente los secretos de sus procedimientos.

En todo caso, en la cocina del investigador los recetarios se quedan pequeños ante la alquimia de los numerosos ingredientes que se acumulan en la alacena. No se trata de un simple escarceo lingüístico, en el análisis cualitativo el trabajo con los datos constituye una verdadera culinaria que obliga al investigador a seleccionar los mejores ingredientes, a mezclarlos y a transformarlos en el fogón en nuevos sabores, a probar una y otra vez los cocimientos para añadir tanto cuanto necesite hasta llegar al plato que hará las delicias de los comensales. En la metódica del análisis cualitativo las etapas no se suceden unas a otras, como ocurre en el esquema secuencial de los análisis convencionales, sino que se produce lo que algunos han llamado una aproximación sucesiva o análisis en progreso, o más bien sigue un esquema en espiral que obliga a retroceder una y otra vez a los datos para incorporar los necesarios hasta dar consistencia a la teoría concluyente. Como en la culinaria.

El análisis cualitativo es un proceso dinámico y creativo que se alimenta, fundamentalmente, de la experiencia directa de los investigadores en los escenarios estudiados, por lo que esta etapa no se puede delegar. Los datos son a menudo muy heterogéneos y provienen tanto de entrevistas (individuales y en grupo), como de observaciones directas, de documentos públicos o privados, de notas metodológicas, etc., cuya coherencia en la integración es indispensable para recomponer una visión de conjunto. Aunque todos los datos son importantes, se precisa de una cierta mirada crítica para distinguir los que van a constituir la fuente principal de la teorización (ej. un relato biográfico) de los que sólo aportan información complementaria o ilustran los primeros (ej. cartas, fotografías, etc.).

Algunos autores unen a la crítica teórica una propuesta práctica de análisis del material cualitativo, que al final es casi la única que se tiene en cuenta, entre otras cosas por ser compatible con los programas de

cómputo, cuyo uso se hace cada vez más indispensable. Tampoco aquí hay demasiado acuerdo entre los metodólogos, por lo que la diversidad de esquemas propuestos obliga también a buscar consensos. Huberman y Miles proponen tres subprocesos vinculados entre sí para realizar el análisis¹⁸:

a) *La reducción de datos*, orientada a su selección y condensación y se realiza bien anticipadamente (al elaborar el marco conceptual, definir las preguntas, seleccionar los participantes y los instrumentos de recogida de datos), o una vez recolectados mediante la elaboración de resúmenes, codificaciones, relación de temas, clasificaciones, etc.

b) *La presentación de datos*, orientada a facilitar la mirada reflexiva del investigador a través de presentaciones concentradas, como pueden ser resúmenes estructurados, sinopsis, croquis, diagramas, etc.

c) *La elaboración y verificación de conclusiones*, en la que se utilizan una serie de tácticas para extraer significados de los datos, como pueden ser la comparación/contraste, el señalamiento de patrones y temas, la triangulación, la búsqueda de casos negativos, etc.

Por su parte, Taylor-Bogdan proponen un enfoque basado en tres momentos (descubrimiento, codificación y relativización) que contienen hasta cerca de una veintena de acciones que buscan «el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian»⁵ (tabla 1). Su claridad en la exposición y pormenorizada descripción de cada operación resulta especialmente útil para iniciarse en los modos de análisis cualitativo, si bien su aparente secuencialidad no ha de hacer perder la perspectiva del movimiento circular que caracteriza a este tipo de análisis.

Sobre estos procesos de tratamiento pormenorizado de los datos hay que considerar la doble perspectiva intracasos/intercasos. El análisis interno del caso va a proporcionar

Tabla 1
Enfoque de Análisis en Progreso en Investigación Cualitativa (Taylor-Bogdan)

<i>Fase</i>	<i>Acción</i>
Descubrimiento (Buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lea repetidamente los datos 2. Siga la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas 3. Busque los temas emergentes 4. Elabore tipologías 5. Desarrolle conceptos y proposiciones teóricas 6. Lea el material bibliográfico 7. Desarrolle una guía de la historia
Codificación (Reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolle categorías de codificación 2. Codifique todos los datos 3. Separe los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación 4. Vea qué datos han sobrado 5. Refine su análisis
Relativización de los datos (Interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos solicitados o no solicitados 2. Influencia del observador sobre el escenario 3. ¿Quién estaba allí? (diferencias entre lo que la gente dice y hace cuando está sola y cuando hay otros en el lugar) 4. Datos directos e indirectos 5. Fuentes (distinguir entre la perspectiva de una sola persona y las de un grupo más amplio) 6. Nuestros propios supuestos (autorreflexión crítica)

nar una comprensión interna del fenómeno estudiado, como hacen las investigaciones etnográficas en las que predomina el estudio de un solo caso, mientras que el análisis entre casos, realizado con métodos múltiples para el estudio de grupos de individuos dentro de varios escenarios, va a permitir extender la validez interna, así como refinar y asentar conceptos y proposiciones de naturaleza teórica.

DE MÁQUINAS, HONESTIDAD Y FORMAS DE MIRAR

Un interrogante muy de nuestros días es sobre el verdadero papel que juega el ordenador en el análisis cualitativo. Como todas las innovaciones, la máquina de la era de la información genera posiciones encontradas entre quienes la han incorporado y pretenden ver un mundo inacabable de posibilidades y los partidarios de continuar haciendo las cosas a mano. Los primeros llegan a plantear esta actividad como un área principal de especialización dentro del análisis, como lo es

la estadística en los análisis cuantitativos. Al menos en teoría, cualquier forma de análisis cualitativo podría ser asistida por ordenador a través de programas informáticos creados a tal efecto, que facilitan el manejo mecánico de los datos: la búsqueda, selección y organización. Programas como Ethnograph, Aquad, Nudist o Atlas-Ti, resultan sumamente útiles en las fases instrumentales del análisis para realizar operaciones como el marcado y codificación del texto, la relación de categorías y sujetos, la elaboración de tipologías o perfiles, o el recuento, búsqueda y recuperación de unidades codificadas, siendo especialmente útiles cuando se trabaja simultáneamente con grandes cantidades de información³². Sin embargo, algunos autores han alertado sobre las grandes limitaciones que entraña el análisis asistido por ordenador, como por ejemplo el fraccionamiento de la información, la pérdida de la visión de conjunto y la descontextualización¹⁵. También existe el riesgo de quedarse atrapado por la seducción de la herramienta, reduciendo el análisis a simples operaciones mecánicas y perdiendo de vista el verdadero objeto del

análisis, que es la interpretación de los datos, una operación que difícilmente puede hacer un programa informático por sí solo. El ordenador constituye una ayuda importante como *servidor* con un gran potencial para la realización de las tareas de rutina y como apoyo a la elaboración conceptual y teórica¹³, pero no puede reemplazar la capacidad deductiva del investigador. Tesch ha advertido sobre los riesgos del mal uso del ordenador, como que el investigador piense que le va a conducir por el proceso de análisis, o que organice éste en función de las rutinas del programa, o que se aferre a un solo programa ignorando el resto³³. Por otra parte el análisis asistido por ordenador comparte las propias limitaciones de la informática, estando supeditado a sus cambios vertiginosos.

Otra cosa que no puede hacer el ordenador es asegurar la validez de la investigación, de hecho ningún procedimiento mecánico es capaz de distinguir si una investigación es mejor que otra. González Martínez afirma que una investigación cualitativa podría considerarse válida sólo en función del grado de exactitud en la descripción de la perspectiva de los sujetos estudiados, la honestidad en el logro de la finalidad para la que se llevó a cabo, la adecuación de las herramientas y procedimientos utilizados durante todas las fases del estudio, y la capacidad de corroborar con evidencias las conclusiones, que deben ser creíbles para los beneficiarios de la investigación³⁴. Se han planteado diversas estrategias para verificar la validez de los resultados del análisis, como buscar explicaciones en rivalidad para ver si pueden ser avaladas por los datos recabados, o analizar casos negativos para ver si son más relevantes que los positivos. Pero sobre todo se alude a la *triangulación* como el mejor procedimiento para fortalecer el análisis. Triangular supone utilizar diferentes estrategias para estudiar el mismo problema: diferentes técnicas para obtener los mismos datos, diferentes sujetos para responder la misma pregunta, diferentes investigadores para un mismo análisis, o diferentes teorías para explicar un mismo fenómeno. El problema de la triangula-

ción es que se plantea más como un procedimiento teórico que práctico, ya que supone un esfuerzo suplementario que no siempre está dispuesto a asumir el investigador. Una investigación tiene necesariamente unos recursos limitados y a los investigadores les cuesta mucho incluir procedimientos costosos cuya capacidad para generar nuevos datos o fortalecer la teoría es cuestionable, aunque sea en aras de garantizar la bondad de su estudio.

Por último decir, como Denzin, que cada investigador interpreta sus datos de acuerdo con el paradigma del que proviene³⁵. Aquí volvemos a los comienzos de la investigación. La adscripción teórica del autor actúa como una máscara que aflora cuando cuenta su versión de los hechos³⁶ (Ball y Smith, citados por Valles, afirman que el «caballo teórico» tiene que ir siempre delante del «carro analítico»). En ciencias sociales se han usado tradicionalmente cuatro paradigmas para estructurar los hallazgos de la investigación, de los cuales colgarían diferentes perspectivas teóricas: *positivista*, *pospositivista*, *constructivista* y el derivado de la *teoría crítica*³⁵. Por su parte Castro propone tres grupos de enfoques para conocer cómo se construye socialmente la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad: los *normativos* enfatizan el papel de los factores sociales, los *interpretativos* destacan la capacidad de dar significado de los actores, mientras que los *hermenéuticos* proponen una acción combinatoria entre ambos¹⁷. Desde el campo de las ciencias de la salud destaca el interés creciente que los análisis cualitativos están despertando en la adopción de la *fenomenología* como perspectiva teórico-metodológica para describir y comprender el significado que los fenómenos tienen para las personas³⁷. En el caso de la enfermería, la fenomenología se encuentra en un proceso de fundamentación teórica y metodológica, a la vez que se están realizando investigaciones empíricas que muestran su utilidad práctica en algunas áreas de los cuidados: materno-infantil, pedagogía familiar, patología, prácticas clínicas y pedagogía³⁸.

REFLEXIONES FINALES

Como se ha podido ver, existe un considerable bagaje teórico y metodológico para desarrollar investigación cualitativa en salud siguiendo la diversidad de tradiciones analíticas que aportan principalmente las ciencias sociales. Sin embargo este maridaje que se produce en torno a lo socio-sanitario abre un espacio multidisciplinar no suficientemente explorado aún que suscita numerosos interrogantes. ¿Cuál es la capacidad de transformación que tienen los análisis cualitativos frente a los problemas de salud, para que merezcan ser adoptados desde este ámbito?, ¿qué interés tiene el que sean los profesionales de la salud quienes afronten estos tipos de análisis, frente a la tradición de la sociología o la antropología médicas?, ¿qué pueden aportar las ciencias de la salud a los abordajes cualitativos en términos epistemológicos? La búsqueda de respuesta a éstas y otras preguntas hace adivinar excitantes discusiones en el futuro que necesariamente van a procurar un desarrollo importante de la investigación cualitativa en el campo de la salud.

Aunque ya existe un acervo creciente, sin duda la cuestión de generar teoría es una de las asignaturas pendientes en el análisis cualitativo en salud, o al menos en las investigaciones realizadas en el seno de las ciencias de la salud, a diferencia de las ciencias sociales, que vienen tomando la salud como materia reservada. El por qué de esta resistencia de los profesionales de la salud a interpretar hechos sociales o culturales que le son afines dará lugar a sustanciosos trabajos en el futuro y obliga a desviar la mirada hacia el compromiso que el investigador clínico (que necesariamente practica una investigación aplicada) adquiere respecto al paciente que cuida. Evidentemente no es lo mismo que un antropólogo interprete la experiencia subjetiva de las mujeres a las que se induce el parto en un contexto hospitalario, a que lo haga el obstetra (médico o matrona) responsable del proceso asistencial, lo que tal vez le situaría en una posición incómoda tanto ante la estructura jerárquica

del hospital, como ante sus propios compañeros, pero sobre todo obligaría a modificar sustancialmente su relación con la parturienta (posición de poder, participación en la toma de decisiones, administración de procedimientos clínicos, e incluso la escenografía).

Algunos investigadores sanitarios, cuando están entre colegas, rompen el silencio de sus informes de investigación para advertir sobre algunos efectos no descritos de los abordajes cualitativos: la trascendencia social de los hallazgos, que a menudo llegan a los medios de comunicación como «mensajes negativos» que comprometen su estabilidad institucional; la posición comprometida con los «pacientes participantes» cuando se vence la distancia cultural que produce la tradicional relación profesional-paciente, el efecto terapéutico que provocan determinadas técnicas cualitativas que va más allá de su función en la investigación, etc.

La mirada cualitativa provee al investigador de un espíritu crítico que rompe con la tradición continuista que caracteriza a una institución quasi-total como es la sanitaria. Este nuevo posicionamiento es absolutamente necesario para afrontar cambios «desde dentro» y combatir en parte la posición hegemónica de la medicina como pensadora única del sistema de salud. Otra cuestión es si el bagaje intelectual disponible es suficiente para encarar estos y otros problemas, y la respuesta obligada parece ser que no, que todavía se necesita más información, más evidencia práctica. El reto que los investigadores sanitarios tenemos respecto al análisis cualitativo está en probar, innovar y generar tradición, y para ello es absolutamente necesario que los investigadores empíricos rompan su silencio y transmitan lo que Mills llamó la «cartesanía intelectual», haciendo más visibles y explícitos los modos de análisis, las artes de su cocina.

Algo está cambiando en este sentido en los últimos años. No es extraño que se pro-

duzcan hermanamientos entre grupos que desde puntos tan distantes como la Universidad de Alberta en Canadá (*International Institute for Qualitative Methodology*), la Universidad de Guadalajara en México (*Programa de investigación Cualitativa en Salud*) o la Fundación Index en España (*Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud*), por citar sólo tres, y a partir de reflexiones epistemológicas sobre abordajes cualitativos están promoviendo líneas de investigación desde posiciones claramente socio-críticas. A ellos se suman otros muchos que interesándose por la cultura de la salud (*Transcultural Nursing Society*, EEUU; *Asociación de Historia u Antropología de los Cuidados*, Alicante) están realizando propuestas de análisis tan creativas como esclarecedoras del futuro de las investigaciones en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. México: Universidad de Guadalajara; 2000.
2. Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
3. Mercado Martínez FJ. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara; 1996.
4. Amezcua M, Carricundo Guirao A. *Investigación Cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud*. *Index Enferm* 2000; 28-9: 26-34.
5. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1990.
6. Minayo C. *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
8. Barton AH, Lazarsfeld PF. *Some functions of Qualitative Analysis in Social Research*. En Lipset SM y Smelser NJ (eds). *Sociology: The Progress of a Decade*. Englewood-Cliffs: Prentice-Hall; 1961: 95-122.
9. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós; 1994.
10. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine; 1967.
11. López-Aranguren E. *El análisis de contenido tradicional*. En García-Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación (3.ª ed)*. Madrid: Alianza; 2001.
12. Van Dijk TA. *El estudio del discurso*. En Van Dijk TA (comp.). *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Gedisa; 2001. p. 21-65.
13. Valles MS. *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis; 1997.
14. Tesch R. *Qualitative research: análisis types and software tools*. New York: The Falmer Press; 1990.
15. Mercado Martínez FJ. *El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud*. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. México: Universidad de Guadalajara; 2000: 47-72.
16. Mucchielli A. *Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales*. Madrid: Síntesis; 2001.
17. Castro R. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000.
18. Huberman AM, Miles MB. *Métodos para el manejo y el análisis de datos*. En Denman CA, Haro JA (comp.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2000: 253-300.
19. Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall; 1969.
20. Natera G, Mora J. *La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones*. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara (México); 2000: 73-95.

21. Paille P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* 1994; 23: 147-181.
22. Gochnauer AJH, Miller KM. Interaccionismo simbólico. En Marriner A. *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: ROL, 1989: 216-224.
23. Strauss A, Corbin J. *Grounded Theory Methodology. An Overview*. En Denzin NK, Lincoln YS (ed). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994: 273-85.
24. Denzin NK, Lincoln YS (ed). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
25. Chenkoff WC, Swanson JM. Qualitative research using grounded theory. En Chenkoff WC, Swanson JM. *From Practice to Grounded Theory*. Addison-Wesley, Menlo Park; 1986: 3-15.
26. Cuesta Benjumea C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Invest Educ Enferm* 1997; XV(2): 13-24.
27. Kano Florián ME. El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad. *Invest Educ Enferm* 1999; XVII(1): 35-47.
28. Cuesta Benjumea C. Contexto del embarazo en la adolescencia. *Rev ROL Enferm*. 2001; 24(9): 24-30.
29. Tulia Uribe J, Jaramillo Vélez DE. Del laberinto a la luz: el proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. *Index Enferm* 2000; Año IX(30): 12-16.
30. Luque Vadillo E, Barroso Ortín R, López Viñals M, Alapont M, Alconchel S, Torres Jansa M, Díaz Cocera M. Diálisis peritoneal, la realidad subjetiva de convivir con una enfermedad crónica. *Enferm Nefrológica*. 2001; 13: 12-17.
31. Lazarsfeld P. *Qualitative Analysis*. Boston: Allyn And Bacon, 1972 (cit. por Minayo).
32. Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El Análisis de Texto asistido por Ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index Enferm* 2002; 36-37: 24-28.
33. Tesch R. Software for qualitative researchers: análisis needs and program capabilities. En Fielding NG, Lee RM (eds). *Using computers in qualitative search*. London: Sage; 1991: 16-37.
34. González Martínez L. La sistematización y el análisis de los datos cualitativos. En: Mejía R, Sandoval SA (coords). *Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectivas y acercamientos desde la práctica*. Tlaquepaque: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente; 2002. p. 155-173.
35. Denzin NK. The art and politics of interpretation. En Denzin NK, Lincoln YS (ed). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994: 500-14.
36. Lara Flores N, Taméz González S, Eibenschutz Hartman C, Morales Estrella SL. Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Ánalisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. Guadalajara (Méjico): Universidad de Guadalajara; 2000. p. 97-122.
37. Castillo Espitia E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería* 2000; XVIII(1): 27-35.
38. Siles González J, García Hernández E, Cinabral de Juan L, Galao Malo R. Fenomenología y enfermería: grados de especificidad en el conjunto de la producción científica biomédica. *Enfermería Clínica*, 1999; 9(1): 13-20.