



## METODOLOGIA



### Cómo analizar un relato biográfico

Manuel Amezcua,<sup>1,3</sup> César Hueso Montoro<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Jefe de B. de Docencia e Investigación, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

<sup>2</sup>Diplomado en Enfermería, Licenciado en Antropología Social y Cultural. Coordinador docente de la Fundación Index. Director de Archivos de la Memoria. <sup>3</sup>Miembro del Laboratorio de investigación Cualitativa, Fundación Index, Granada, España

Correspondencia: Manuel Amezcua. C/ Horno de Marina 2-3º<sup>2</sup>a, 18001 Granada, España

Manuscrito aceptado el 28.3.2009

**Archivos de la Memoria 2009; (6 fasc. 3)**

#### Cómo citar este documento

Amezcua, Manuel; Hueso Montoro, César. Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria [en línea]. 2009; (6 fasc. 3). Disponible en <<http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>> Consultado el 12/12/2012

#### Resumen

El relato biográfico se ha convertido en un diseño apropiado, en el marco de la investigación cualitativa, para explorar visiones subjetivas sobre fenómenos de interés como la enfermedad y el padecimiento humano. El análisis cualitativo en este tipo de diseños en particular y en investigación cualitativa en general, constituye uno de los aspectos en los que los investigadores encuentran mayor dificultad, dada la variabilidad de corrientes analíticas a este respecto.

El propósito de este trabajo es proponer una sistemática en el análisis de un texto biográfico que facilite su utilización por autores de estudios biográficos de cara a mejorar el tratamiento documental y la comprensión de los mismos, así como, de manera general, aportar una guía analítica útil para los investigadores cualitativos.

La secuencia analítica que se propone es una adaptación de la propuesta práctica de Taylor-Bogdan: Preparación de los datos, descubrimiento de temas, codificación, interpretación, relativización y determinación del rigor.

#### Abstract (How to analyse a biography story)

The biographical report has become an appropriate qualitative research to explore subjective visions about phenomena such as illnesses or human suffering. The qualitative analysis in this type of designs particularly and in qualitative research in general, constitutes one of the aspects in which the researchers can find greater difficulty, because of the variability of analytic currents.

The purpose of this report is to propose a systematic analysis of a biographical text in order to facilitate its use to those writers about biographical studies so they can improve the documentary processing and its comprehension. At the same time, in a general way, it may contribute to an useful analytic guide for the qualitative researchers.

The analytic sequence is an adaptation of the practical proposal by Taylor-Bogdan: Preparation of the data, finding new topics, codification, interpretation, relativizing and decision of the severity.

#### Introducción

El relato biográfico constituye un tipo de investigación cualitativa que se inscribe dentro de los diseños de tradición fenomenológica. Más concretamente se ubica entre los métodos biográficos utilizados en las ciencias sociales, aquellos que se ocupan de la narrativa vital de una persona recogida por un investigador, además de otros registros documentales de su entorno social (Pujadas Muñoz, 1992: 13). Tal como es planteado en este trabajo, el relato biográfico encuentra afinidades con el *relato de vida* (*life story*, *récit de vie*), modalidad de investigación que se corresponde con la historia de una vida tal como la persona que la ha vivido la cuenta. Sólo que tal como nosotros lo concebimos, el relato biográfico no se refiere a la historia completa de una vida, sino a pasajes de ella con entidad propia, si es que esto es posible. La adopción del relato parcial se justifica por nuestro interés en utilizar el método biográfico para explorar visiones subjetivas sobre la enfermedad y el padecimiento humano. La enfermedad como fenómeno social no deja de ser un acontecimiento singular en la vida de una persona (nadie nace para ser enfermo, aunque nazca con una enfermedad crónica). El término "biográfico" dota de un matiz

importante al problema, pues existen otras posibilidades de utilizar el análisis de narrativas para comprender el universo simbólico del sujeto (Siles González, 2000; Díaz, Sánchez, 2007), a las que no nos referiremos en este trabajo. En el relato biográfico los significados se extraen de la capacidad del sujeto para narrar su propia historia, construyendo un texto que responde a lo que él vive y experimenta como real, una materia prima que algunos utilizan para modelizar alternativas de acercamiento al paciente desde posiciones más comprensivas (Valverde, 2008).

Con el inicio de la sección "Historia y Vida" en la revista *Index de Enfermería* en el año 1999 (Amezcuca-Carricondo, 1999), comienza una línea de trabajo en investigación biográfica en el ámbito de los cuidados de salud promovida por el Laboratorio de Investigación Cualitativa de la Fundación Index (Amezcuca, 2000), que se consolida cinco años más tarde con la creación de la revista *Archivos de la Memoria* (Amezcuca, 2004). En su origen, *Archivos de la Memoria* no pretendía convertirse en una publicación periódica, sino que fue pensada como un fondo destinado al depósito de materiales cualitativos procedentes de investigaciones ya realizadas, con el ánimo de perseverarlos para eventuales utilidades posteriores. Pero la abundancia de trabajos procedentes principalmente de las actividades docentes promovidas por la Fundación Index aconsejó ampliar su función, de forma que pudiese dar salida al interés mostrado por las enfermeras clínicas en trabajar con el discurso narrativo de sus pacientes. Esto se producía en un momento en que los lenguajes estandarizados enfermeros estaban generando una verdadera *nandolatría*, al incorporar generalmente de una manera descontextualizada metodologías de trabajo que no contribuyen precisamente a favorecer la comunicación con el paciente en un lenguaje comprensible para él.

*Archivos de la Memoria* se consolidó así como un instrumento de difusión de la visión subjetiva del cuidado, tanto por parte del paciente y su familia, como por el propio cuidador. Y consecuentemente como un movimiento alternativo y crítico hacia las metodologías que pretendiendo mostrar objetivamente la efectividad del cuidado acentúan las diferencias culturales entre profesional-paciente (Piera Orts, 2006).

En cinco años de publicación de *Archivos de la Memoria*, se han producido 225 documentos, de los cuales el 65 % han sido relatos biográficos. En estos años hemos visto como el relato biográfico no sólo se ha publicado en esta revista y en *Index de Enfermería*, sino que de una manera tímida estamos comprobando que los investigadores del ámbito de los cuidados de salud publican relatos biográficos en otras revistas siguiendo el modelo propuesto en *Archivos de la Memoria* (Amezcuca-Hueso, 2004).

El relato biográfico está siendo utilizado como materia prima para estudios secundarios, que pretenden teorizar sobre conceptos complejos extraídos de la experiencia vivida por los pacientes (Hueso Montoro, 2006). Esto es posible porque el relato biográfico, como estudio descriptivo que es, privilegia la presentación detallada de los datos, el discurso de los informantes tal como es construido con sus propias palabras, procurando así un acervo documental que tiene un importante valor con independencia de las abstracciones teóricas que el investigador pudiera realizar. Siguiendo la tradición de la etnografía descriptiva de la Escuela de Chicago y de la más reciente etnobiografía francesa, en el relato biográfico el autor deja que las palabras y las acciones narradas por el informante hablen por sí mismas, reduciendo al mínimo su intento de interpretación o conceptualización (Taylor-Bogdan, 1990: 153). Por contra, el autor concentra todo su esfuerzo en seleccionar, ordenar y presentar los datos de acuerdo con lo que él considera importante.

### Un análisis comprensivo

Como diseño emergente que es dentro de los estudios cualitativos realizados en el ámbito de la salud, los relatos biográficos publicados hasta ahora, y particularmente los publicados en *Archivos de la Memoria*, adolecen de algunas debilidades propias del contexto docente de donde emanan en su mayor parte (la mayoría de ellos son el primer trabajo de este tipo publicado por el autor). Las debilidades se refieren principalmente a la falta de concreción de la pregunta de investigación o a dificultades para la conceptualización del problema, a dilemas producidos por la reactividad del investigador al partir de una relación ineludible profesional-paciente, a escasez de información sobre el contexto del informante o sobre la metodología utilizada. Pero sobre todo detectamos deficiencias en el componente analítico del relato, que a menudo se reduce a una identificación intuitiva de las temáticas abordadas por el informante, de igual manera que se realiza una vertebración temática del propio relato que a menudo no se corresponde con las principales categorías de análisis. El problema no se reduce a los relatos biográficos, sino que en otra ocasión ya alertamos sobre la ausencia de teorización que caracteriza a la producción cualitativa en salud en España (Amezcuca-Carricondo, 2000), circunstancia que ha sido criticada por otros autores como una gran limitación para permitir la comprensión de la experiencia de la enfermedad (Castro, 2000).

Nuestra intención en este trabajo es proponer una sistemática en el análisis de un texto biográfico que facilite su utilización por autores de estudios biográficos, y particularmente de relatos biográficos, de cara a mejorar el tratamiento documental y la comprensión de los mismos. Nuestra propuesta no es totalmente original, sino que se sustenta en el enfoque del análisis de contenido, en el que el texto es tomado como documento a ser comprendido y como ilustración de una situación inmersa en él (Minayo, 1995:167). En la metódica del análisis cualitativo las etapas no se suceden unas a otras, como ocurre en el esquema secuencial de las investigaciones convencionales, sino que se produce lo que algunos han llamado una aproximación sucesiva o análisis en progreso, o lo que es lo mismo, sigue un esquema en vaivén o en espiral que obliga a volver una y otra vez a los datos para ascender progresivamente hacia la mayor comprensión de los mismos y dar consistencia a las interpretaciones (Amezcuca-Gálvez, 2002). Nosotros hemos tomado como referencia la propuesta práctica de Taylor-Bogdan (1990: 159-174), que hemos modificado y adaptado a las particularidades del método que proponemos [ver *figura 1*] y que vamos a seguir a lo largo de este trabajo.



Para ilustrarlo vamos a tomar como ejemplo un relato biográfico ya publicado en *Archivos de la Memoria*, del que hemos extraído el texto biográfico para trabajar con él como si fuera un material original. Pero no lo es, y por tanto tendremos que realizar algunos ajustes y aclaraciones que iremos indicando en su momento. La razón de no utilizar un texto biográfico original obtenido por nosotros se debe a nuestro interés por marcar la distancia hacia el texto o, dicho de otra manera, por situarnos ante el texto analizado a la misma altura que el lector, sin más información que la que nos proporciona la autora del artículo y que el mismo texto nos procura, lo cual entendemos que va a facilitar la comprensión de los procedimientos que proponemos.

El texto con el que vamos a trabajar es el publicado por Gordillo Betancor en un relato biográfico sobre una mujer diagnosticada de cáncer de mama que en el trabajo adopta el nombre de Juani (Gordillo Betancor, 2007). Su elección se debe a dos motivos: el primero es que se trata de un texto biográfico muy bien construido y con la suficiente complejidad como para favorecer una interpretación llena de matices; el segundo es que la autora del artículo aporta una información muy detallada del contexto de la informante, pero no interpreta el contenido de su relato, dejando un hueco que intentaremos completar como ilustración a nuestra propuesta metodológica. Naturalmente, este trabajo se realiza con la autorización expresa de la autora para utilizar el texto biográfico publicado en su artículo.

### Preparando los datos

En esta primera etapa del análisis se trata de poner los datos en condiciones de trabajar con ellos, transformándolos, identificándolos, organizándolos y protegiéndolos. En el caso del relato biográfico partimos de una o varias entrevistas en profundidad que es necesario transcribir con método, para posteriormente reducir el texto seleccionando aquel que está en consonancia con el objetivo del estudio. En el caso que nos ocupa no contamos con el texto original de la entrevista realizada por la autora, ni tampoco nos proporciona detalles sobre el procedimiento de transcripción, lo cual no nos eximirá de realizar algunas apreciaciones sobre esta fase del análisis.

a) La transcripción de un texto hablado viene determinada por el tipo de análisis que se va a realizar. En el caso de los estudios en salud lo que habitualmente se persigue es una comprensión de los significados del texto y no tanto un análisis morfológico del mismo. Por tanto se debería evitar la profusión de signos para transcribir los sonidos o la entonación que pudieran entorpecer la comprensión del discurso del informante (ver criterios generales de transcripción en Amezcua-Hueso, 2004).

b) Dado que el texto que se va a incorporar al relato biográfico debe ser necesariamente limitado (las revistas biomédicas suelen poner límites a la extensión de los manuscritos, en torno a 5000 palabras en artículos originales), la transcripción de la entrevista no tiene por qué ser exhaustiva, pudiendo seleccionarse los pasajes que se relacionan temáticamente con el objeto de estudio. Aún así, una vez transcrito, el texto podrá reducirse aún más, procurando suprimir las reiteraciones y en general los pasajes poco descriptivos.

c) La transcripción debe ser rigurosa: el texto escrito debe reproducir literalmente los textos hablados. La fonética orientará la puntuación del texto, que debe ser rica y variada, procurando construir frases y párrafos que, sin perder el sentido del mensaje, procuren una lectura fluida del texto. Las palabras y aclaraciones que el transcriptor introduzca como anotaciones al texto deben ser distinguidas explícitamente, por ejemplo, mediante corchetes.

### Descubrir temas

¿De qué trata esta entrevista? ¿Sobre qué nos habla la informante cuando le preguntamos sobre su enfermedad? Son preguntas con las que interrogamos el texto biográfico en una fase en la que pretendemos extraer de los datos una estructura temática que nos ayude a adoptar una perspectiva de análisis. Para hacerlo vamos a seguir la propuesta de Taylor-Bogdan (1990:160-6) para descubrir temas:

1. Leer repetidamente los datos hasta familiarizarse con ellos.
2. Seguir la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas.
3. Elaborar tipologías o categorías.
4. Desarrollar conceptos y proposiciones teóricas.
5. Desarrollar una guía de la historia.

Vamos por partes, intentemos ya ilustrar esta secuencia con el relato de Juani, la informante entrevistada por Gordillo Betancor (2007). Pero antes debemos retocar algo el relato publicado: le vamos a quitar la estructura temática en que aparece vertebrado y nos vamos a acercar a él como si fuera la transcripción directa de la entrevista [ver figura 2].

**Figura 2**  
Texto biográfico preparado para su análisis  
(Tomado de Gordillo Betancor, modificado, 2007)

Tengo 50 años y soy la segunda de ochos hermanos varones. A pesar de ser la única niña fuimos educados iguales y todos teníamos que cumplir con las tareas de la casa. Mi padre era locutor de radio y siempre estábamos con las maletas viajando por toda la península y asentándonos en diferentes pueblos. Mi madre bordaba y aprendió a cocinar todo tipo de comidas gracias a estos viajes. Siempre recuerdo cuando iba a recoger frutas con mis hermanos en los campos y como luego los lugareños se quejaban a mi padre, pero cuando se enteraban que éramos los hijos del locutor de radio nos dejaban. Luego nos vinimos a Canarias nuevamente, mi familia procede de Lanzarote. Un gran fallo que cometí fue casarme joven, a los 18 años. Por desgracia el amor no dura toda la vida, estoy separada. Tengo tres hijas maravillosas, las dos mayores ya están trabajando y la pequeña que tiene 21 años está estudiando.

Hace seis años que empecé todo, no lo entiendo porque yo me hacía mis revisiones anuales, llevo una vida sana, como frutas, verduras, pescados, legumbres y muy pocas veces a la semana carnes rojas. No fumo, ni bebo, ni tengo otros malos hábitos, aquí si sueles tener el boleto para padecer esta enfermedad. No lo entiendo, yo me hacía mis controles anuales. Siempre tuve una vida sana e incluso raramente tenía un catarrillo.

Me salió un bulto en el pecho izquierdo. Acudí a mi ginecóloga, y ésta no le dio importancia. Volví nuevamente porque me empezó a doler. La vi nerviosa y me dijo que tenía que hacerme una biopsia urgente. Con tan mala suerte que me diagnosticaron un cáncer de mama. Pasé la intervención quirúrgica y el tratamiento de quimioterapia. Lo cual no me fue mal. Lo toleré bastante bien.

A los seis meses empecé con un dolor en la cadera izquierda. Acudí nuevamente a oncología. Tras las pruebas pertinentes me diagnosticaron metástasis óseas. No olvidaré nunca cuando empecé otra vez con el tratamiento [llora] porque vino una amiga y me dijo "¿Qué haces aquí Juani?". Y yo le dije "estoy aquí, porque tengo que curarme igual que tú". "Yo ya estoy curada. Estoy tan contenta". "Cuánto me alegro por ti", pero yo egoístamente ese día me dio como ¡ay, no sé! como unos celos sanos, "Dios mío, que bien está ella y yo aquí dándome tratamiento otra vez".

Desgraciadamente unos meses después aparece Tina en una recaída. Yo le digo "no te preocupes que vamos a luchar y a salir adelante. Esto no es nada. Me estoy dando el tratamiento todas las semanas y mira lo bien que estoy. Estoy estupenda, de hecho salgo de aquí, como si no tuviera nada".

Ni comentario, ni le digo nada a mis hijas, e incluso a mi madre no se lo he dicho, ni se lo diré. Mi madre es una persona mayor y muy antigua y la pobre no entiende la palabra cáncer.

Entonces empezamos a vernos un grupo de amigas con la misma enfermedad. Era un grupo fuerte que no necesitábamos ayuda de un psicólogo. Pero comprendo que hay personas que requieran de su ayuda.

Tina era agradable, simpática, joven y fuerte. Nos empezamos a reunir gente fuerte, nos reíamos, hablábamos de nuestras cosas y si hablábamos de la enfermedad era con conocimiento. Éramos personas que sabíamos de lo que estábamos hablando. También nos reuníamos para ir a merendar, al cine o al Corte Inglés.

Era un grupo tan bonito que me empecé a sentir tan bien que no me acordaba de la enfermedad. Fíjate tú de lo que son las cosas. Yo estaba deseando que llegaran los lunes y los martes para encontrarme con mi grupo y hemos llegado a la conclusión que tengo una enfermedad pero no estoy enferma.

Desgraciadamente este grupo se ha ido deshaciendo. Nos decíamos "a la enfermedad no le voy hacer caso, que se aguante, que se fastidie. Estamos en guerra y venimos a ametrallar". Cuando veníamos, veníamos a la guerra para matarle. E incluso cuando veíamos al celador con la medicación le preguntábamos, "¿ya me traes ahí la comida?" "Te traigo dos platos excelentes" [ríe].

El grupo desapareció tan rápido, y yo quiero hablar con esas personas y le digo "Bueno Estela, qué mala eres, que me abandonaste". María, qué cosa tan linda de mujer, yo quiero mucho a mi madre, pero me hubiese encantado tenerla como madre. Aquella mujer la quería yo muchísimo, era maravillosa, cariñosa, toda pasión, muy entrañable, una persona que te llega al alma. Recuerdo a Carmela, qué gran mujer, y Víctor, que se reía de su enfermedad, era muy simpático, siempre decía, "yo tengo esto pero que se joda, yo no voy hacerle ni caso".

Cuando alguna de nosotras fallábamos a la cita o no acudía al tratamiento por las defensas bajas, la llamábamos la oveja descarriada, y nos llamábamos por teléfono para ver lo que había sucedido. "¿Qué te pasa, por qué fallaste a la reunión semanal? Tenías que haber venido a comerte el bocadillo con nosotras".

Hablábamos de nuestros temores y sobre la cercanía de la muerte. A esta última no le teníamos miedo, sólo nuestro gran miedo era pasar dolor. Y cuándo deberíamos empezar a ir cuidados paliativos. El problema de Estela eran sus niñas y fue la primera que tiró la toalla. Fue un gran palo la pérdida de Estela. Tina decía que todo le costó doble. Doble los estudios, doble casarse y su única asignatura pendiente era tener un hijo.

Hoy me veo solita, y no me encuentro ese grupo de gente positiva o adecuada, sólo encuentro gente que piensa negativamente respecto a su enfermedad.

La verdad me encuentro a gusto con los sanitarios. Vengo a reírme con ellos y tengo esa persona que siempre te pregunta "¿Cómo estás?". Son todos iguales, como Pepe, es el único hombre, todas se ponen celosillas.

Todos tenemos una vida sea corta o larga. Si quieren probar un tratamiento nuevo conmigo, yo estoy dispuesta con tal de seguir con un aliento de vida.

Si quieres curarte o vivir tienes que seguir las indicaciones médicas, como quitarte el pecho, ponerte tratamientos y una vez que salgas de aquí vivir en paz. Debes seguir las pautas que te indiquen los sanitarios porque te puedes curar y si tienes que llevar tratamientos de por vida debes intentar llevar una vida normal.

Actualmente voy a echar de menos mi cita semanal en Oncología porque estoy acostumbrada a esa cita semanal, es que ahora tengo que venir una vez al mes y me tengo que adaptar. Es que me falta algo.

Yo no estoy acabada de la vida. Tengo que disfrutar de la vida. Creo que un tanto por ciento de esta enfermedad lo curan los médicos y los tratamientos, pero el otro tanto por ciento es uno mismo, el cerebro. Yo intento controlarlo. Cuando estoy nerviosa, me digo "tranquila, guapísima", me pinto, me compro ropa, me pongo coqueta y alegre. Intento vivir con alegría. No intento tirarme en la cama debajo del edredón.

Tengo un grupo de amigos que nos vamos juntos de viaje. Ellos se quedan toda la noche de marcha, pero cuando me siento cansada, me retiro pero disfruto. No estoy acabada. Yo no digo, hoy no salgo, mientras tenga un aliento de vida no estoy acabada.

Mi carácter ha cambiado, es muy tranquilo. Ahora hago con mi vida lo que quiero y cuando quiero. No hago caso a nadie y hago lo que me da la gana. Pero donde único hago caso es en Oncología.

El día que no puedes caminar no camines, pero el día que puedes caminar, camina. No debes condicionar tu vida porque tienes una enfermedad.

La enfermedad la tengo yo, tengo una enfermedad pero no estoy enferma. Niégate a que te domine, a que te absorba.

Cuando me veo mal y me miro al espejo, me digo "Juani: animate, levántate y camina, que puedes y tienes un aliento de vida para hacerlo".

**Figura 3**  
Identificación temática

EDAD  
HERMANOS  
EDUCACION  
PADRE  
RESIDENCIA  
MADRE  
NIÑEZ  
CASAMIENTO  
SEPARACION  
HIJAS  
REVISIONES  
ESTILO DE VIDA  
ALIMENTACION  
HABITOS DE VIDA  
ENFERMEDAD  
BULTO EN EL PECHO  
GINECOLOGA  
DOLOR  
BIOPSIA  
CANCER DE MAMA  
INTERVENCION  
QUIRURGICA  
QUIMIOTERAPIA  
TOLERANCIA  
ONCOLOGIA  
METASTASIS OSEAS  
AMIGA  
CURACION  
CELOS  
RECAIDA  
LUCHA  
INFORMACION A LA  
FAMILIA  
GRUPO CON LA  
MISMA ENFERMEDAD  
AYUDA DEL  
PSICOLOGO  
TINA  
REUNIONES  
HABLAR DE LA  
ENFERMEDAD  
ESPARCIMIENTO  
BIENESTAR  
"TENER ENFERMEDAD  
SIN ESTAR ENFERMA"  
DISOLUCION DEL  
GRUPO  
COSIFICACION DE LA  
ENFERMEDAD  
IGNORAR LA  
ENFERMEDAD  
GUERRA  
MATAR LA  
ENFERMEDAD  
COMIDA  
DESAPARICION DEL  
GRUPO  
ESTELA  
ABANDONO  
MARIA  
CARMELA  
VICTOR  
REIRSE DE LA  
ENFERMEDAD  
FALLAR LA CITA  
OVEJA DESCARRIADA  
LLAMAR POR  
TELEFONO  
TEMORES  
MUERTE  
MIEDO AL DOLOR  
CUIDADOS  
PALIATIVOS  
TIRAR LA TOALLA  
PERDIDA DE ESTELA  
SOLEDAD  
PENSAMIENTO  
NEGATIVO  
SANITARIOS  
CELOS  
ALIENTO DE VIDA  
PROBAR NUEVO  
TRATAMIENTO  
SEGUIR  
INDICACIONES  
MEDICAS  
TRATAMIENTOS  
CRONICOS  
NORMALIZAR LA VIDA

CITAS PERIODICAS  
DISFRUTAR LA VIDA  
AUTOCURACION  
AUTOCONTROL  
AUTOCUIDADO  
ALEGRIA DE VIVIR  
SUPERACION  
CAMBIO DE  
CARÁCTER  
TRANQUILIDAD  
CONTROL DE LA  
PROPIA VIDA  
LIBERTAD  
RESISTIR LA  
ENFERMEDAD

Imaginemos que tenemos el texto biográfico encima de la mesa, tomemos varios folios en blanco y situémoslos al lado (o bien una pantalla en blanco de nuestro procesador de textos). Comencemos una lectura pausada de la entrevista, y mientras lo hacemos, escribamos en el papel en blanco aquellas temáticas que la informante introduce en su discurso. Una vez que finalicemos la lectura, iniciamos una nueva lectura del texto y completamos el proceso de identificación temática. Podemos realizar tantas relecturas como sea necesario hasta que saturemos la identificación temática, o sea, hasta que por más lecturas que hacemos, no aparezcan nuevos temas que anotar. En todo este proceso de lectura-relectura vamos a lograr familiarizarnos mucho con el texto, lo que nos va a resultar muy útil en las fases posteriores.

Observemos ahora el listado de temas que hemos obtenido. Aparece como una agrupación de palabras o descriptores sin aparente relación entre sí, aunque también podemos identificar algunas afinidades [ver *figura 3*]. Entre los temas hay términos que se refieren al mundo más íntimo y familiar de Juani, están algunas de sus expresiones, pero también hay términos médicos incluso síntomas, hay referencias a servicios sanitarios, a acciones realizadas por la informante o de otras personas hacia ella, a nombres propios de personas, a reacciones personales y sentimientos, a conceptos muy abstractos, etc. En total hemos obtenido 83 temas y seguro que lo primero que el lector se pregunta es si de haber realizado él mismo esta identificación temática hubiera obtenido el mismo número de ítems. La respuesta obligada es que probablemente no, seguro que obtendría más o menos, y por supuesto nunca los mismos. Es el momento de recordar que la precisión no es un valor determinante en la metodología cualitativa, en el sentido de que para alcanzar un modelo explicativo sólido no es necesario seguir un itinerario exacto como ocurre en los procedimientos matemáticos.

Y lo primero que llama la atención es que estaríamos ante una informante altamente elocuente, pues por cada 15 palabras nos ha proporcionado una nueva temática. Pero no es así, lo que ocurre es que estamos ante un texto ya seleccionado y reducido, o sea, que de haberlo realizado sobre el texto original de la entrevista esta proporción sería bien diferente. Pero lo importante es que acabamos de obtener nuestra materia prima, ahora debemos agrupar los temas en tipologías o categorías más generales intentando englobarlos todos. Veamos el resultado en la *figura 4*.

**Figura 4**  
Categorías elaboradas a partir de los temas identificados en el texto biográfico

<u>VIDA</u>	<u>ASISTENCIA</u>	<u>AUTOAYUDA</u>	<u>SUPERACION</u>
EDAD	REVISIONES	AMIGA	"TENER ENFERMEDAD SIN
HERMANOS	GINECOLOGA	GRUPO CON LA MISMA	ESTAR ENFERMA"
EDUCACION	BIOPSIA	ENFERMEDAD	COSIFICACION DE LA
PADRE	INTERVENCION QUIRURGICA	TINA	ENFERMEDAD
RESIDENCIA	QUIMIOTERAPIA	REUNIONES	IGNORAR LA ENFERMEDAD
MADRE	TOLERANCIA	HABLAR DE LA ENFERMEDAD	GUERRA
NIÑEZ	ONCOLOGIA	ESPARCIMIENTO	MATAR LA ENFERMEDAD
CASAMIENTO	CELOS	DISOLUCION DEL GRUPO	COMIDA
SEPARACION	AYUDA DEL PSICOLOGO	DESAPARICION DEL GRUPO	REIRSE DE LA ENFERMEDAD
HIJAS	CUIDADOS PALIATIVOS	ESTELA	ALIENTO DE VIDA
	SANITARIOS	ABANDONO	PROBAR NUEVO
<u>ENFERMEDAD</u>	TRATAMIENTOS CRONICOS	MARIA	TRATAMIENTO
ENFERMEDAD	CITAS PERIODICAS	CARMELA	SEGUIR INDICACIONES
BULTO EN EL PECHO		VICTOR	MEDICAS
DOLOR	<u>PADECIMIENTO</u>	FALLAR LA CITA	NORMALIZAR LA VIDA
CANCER DE MAMA	ESTILO DE VIDA	OVEJA DESCARRIADA	DISFRUTAR LA VIDA
METASTASIS OSEAS	ALIMENTACION	LLAMAR POR TELEFONO	AUTOCURACION
CURACION	HABITOS DE VIDA	PERDIDA DE ESTELA	AUTOCONTROL
RECAIDA	LUCHA	SOLEDAD	AUTOCUIDADO
MUERTE	INFORMACION A LA FAMILIA	PENSAMIENTO NEGATIVO	ALEGRIA DE VIVIR
	BIENESTAR		SUPERACION
	TEMORES		TRANQUILIDAD
	MIEDO AL DOLOR		CONTROL DE LA PROPIA VIDA
	TIRAR LA TOALLA		LIBERTAD
	CAMBIO DE CARÁCTER		RESISTIR LA ENFERMEDAD

Estableciendo relaciones entre los diferentes temas, hemos logrado agruparlos en seis categorías: *vida*, *enfermedad*, *asistencia*, *padecimiento*, *autoayuda* y *superación*. Continuemos ahora trabajando con estas tipologías. ¿Hay alguna categoría que llame la atención? ¿Qué es lo más singular que encontramos, en relación con el posible relato de otros informantes? Lo que estamos preguntando es sobre la dispersión y la especificidad de nuestra clasificación.

Observamos que el volumen de temas que incorporan las categorías es muy variable. Las dos más voluminosas (*autoayuda* y *superación*) incorporan la mitad de las temáticas identificadas. Por otra parte, cualquier otro paciente que entrevistáramos seguramente nos hablaría de aspectos de su vida, de su enfermedad, de la asistencia sanitaria y de su padecimiento. De hecho éste podría ser el esquema discursivo general de cualquier persona aquejada de una enfermedad, cuando intenta expresarnos lo que le pasa y cómo le afecta personalmente y a su entorno más cercano. Nuevamente destacan las categorías *autoayuda* y

*superación*, en este caso por tener sentido de manera específica en el discurso de Juani, delimitando así su espacio de singularidad. Acabamos de polarizar nuestro interés en dos conceptos complejos sobre los que vamos a trabajar de forma especial a partir de este momento.

En realidad las categorías *autoayuda* y *superación* podrían considerarse dimensiones o subcategorías inmersas en la más general de padecimiento, entendido éste como la vivencia subjetiva de la enfermedad (Hueso, 2006), la experiencia cultural, interpersonal y personal que todo paciente atraviesa y que a menudo le preocupa más que la propia patología (Amezcuza, 2000b). A la vez son dos categorías muy relacionadas entre sí, que en el discurso de la informante se plantean como una relación causal: es la adscripción al grupo de autoayuda el que desencadena la respuesta de superación. Por tanto vamos a tomar la *conciencia de superación*, siempre provisionalmente, como el hilo conductor que nos va a servir para hilvanar nuestra explicación.

A partir de aquí ya tenemos nuestra guía de la historia, ya contamos con un esquema explicativo que nos va a permitir explorar el concepto de *superación* en un contexto muy amplio, que la informante relaciona con *su vida*, *su enfermedad*, la *asistencia* sanitaria que ha recibido, *su padecimiento*, y el grupo de *autoayuda* en el que estuvo inmersa [ver figura 5].



Todas las categorías identificadas son conceptos abstractos (ideas que pueden generalizarse a partir de hechos empíricos), pero ¿qué significado tienen estos conceptos en el discurso de la informante? Esto es lo que Taylor-Bogdan llaman "proposiciones", o sea, el enunciado general de hechos, basado en los datos (Taylor-Bogdan, 1990:164). Conceptos y proposiciones constituyen los elementos primarios de ese edificio que es la interpretación del texto biográfico. Por ello merece la pena tomarse un tiempo en definirlos y relacionarlos adecuadamente, entre otras cosas porque, según veremos, estamos construyendo los argumentos más sólidos de nuestra explicación:

CONCEPTOS	PROPOSICIONES
Vida	Aspectos de la trayectoria biográfica de la informante (incluyendo su niñez y su vida familiar) que utiliza para explicar el contexto en el que se produce su enfermedad.
Enfermedad	Identificación del cáncer de mama y su proceso terapéutico como la patología que ha desencadenado su actual situación de salud.
Asistencia	Itinerario que ha seguido la informante en los servicios sanitarios, incluyendo su relación con los profesionales, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y revisiones periódicas que han caracterizado su proceso de atención.
Padecimiento	Conjunto de afectaciones en términos de condicionamientos del estilo de vida, respuestas humanas, y significados para sí misma y para su entorno, que han condicionado su vivencia de la enfermedad.
Autoayuda	Adscripción a un grupo de pacientes con cáncer que le ha permitido compartir experiencias y cultivar relaciones de amistad y apoyo mutuo.
Superación	Suma de estrategias de afrontamiento que utiliza la informante para recuperar el control de su vida, alterado por la aparición de una enfermedad con mal pronóstico como es el cáncer.

### Codificar los datos

En la fase anterior hemos dado rienda suelta a nuestra intuición para lograr una guía temática que nos permita dar sentido al texto biográfico que estamos analizando. Pero lo hemos hecho dejando a un lado los datos originales, lo que nos obliga a cuestionarnos si todo lo hasta ahora construido está en consonancia con el discurso de Juani o por contra es fruto de nuestra imaginación. Para someterlo a prueba debemos volver a los datos para codificarlos a partir de las tipologías que hemos identificado.

La codificación pretende reunir los datos en función de las categorías de análisis para determinar su consistencia. Esto supone ordenarlos de una manera diferente a como fueron recolectados, y aceptar que una parte de ellos serán desestimados por carecer de capacidad ilustrativa. En investigación cualitativa esto es bastante normal. Esta fase de codificación suele resolverse utilizando alguno de los programas informáticos disponibles para ayuda al análisis cualitativo (Ethnograph, Aquad, Nudist, Atlas-Ti, etc), si bien conviene precisar que su utilización se justifica especialmente cuando el volumen de datos a codificar es grande, algo que raramente ocurre en los relatos biográficos (Gil-García y cols, 2002).

En el caso que nos ocupa hemos logrado encuadrar todo el texto en las categorías identificadas, incluso sin necesidad de alterar el orden en que aparecía originalmente, pero no olvidemos que el relato de Juani ya fue reducido a costa de suprimir pasajes de escaso interés y ordenado temáticamente según categorías similares a las que hemos identificado nosotros. Una vez más, de haberlo realizado sobre el texto en bruto de la entrevista, una parte del mismo no habría sido codificado, y su orden habría variado significativamente. Veamos no obstante el resultado:

**01. VIDA.** Tengo 50 años y soy la segunda de ocho hermanos varones. A pesar de ser la única niña fuimos educados iguales y todos teníamos que cumplir con las tareas de la casa. Mi padre era locutor de radio y siempre estábamos con las maletas viajando por toda la península y asentándonos en diferentes pueblos. Mi madre bordaba y aprendió a cocinar todo tipo de comidas gracias a estos viajes. Siempre recuerdo

cuando iba a recoger frutas con mis hermanos en los campos y como luego los lugareños se quejaban a mi padre, pero cuando se enteraban que éramos los hijos del locutor de radio nos dejaban. Luego nos vinimos a Canarias nuevamente, mi familia procede de Lanzarote. Un gran fallo que cometí fue casarme joven, a los 18 años. Por desgracia el amor no dura toda la vida, estoy separada. Tengo tres hijas maravillosas, las dos mayores ya están trabajando y la pequeña que tiene 21 años está estudiando.

**02. ENFERMEDAD.** Hace seis años que empecé todo, no lo entiendo porque yo me hacía mis revisiones anuales, llevo una vida sana, como frutas, verduras, pescados, legumbres y muy pocas veces a la semana carnes rojas. No fumo, ni bebo, ni tengo otros malos hábitos, aquí si sueles tener el boleto para padecer esta enfermedad. No lo entiendo, yo me hacía mis controles anuales. Siempre tuve una vida sana e incluso raramente tenía un catarillo.  
Me salió un bulto en el pecho izquierdo.

**03. ASISTENCIA.** Acudí a mi ginecóloga, y ésta no le dio importancia. Volví nuevamente porque me empezó a doler. La vi nerviosa y me dijo que tenía que hacerme una biopsia urgente. Con tan mala suerte que me diagnosticaron un cáncer de mama. Pasé la intervención quirúrgica y el tratamiento de quimioterapia. Lo cual no me fue mal. Lo toleré bastante bien.  
A los seis meses empecé con un dolor en la cadera izquierda. Acudí nuevamente a oncología. Tras las pruebas pertinentes me diagnosticaron metástasis óseas.

**04. PADECIMIENTO.** No olvidaré nunca cuando empecé otra vez con el tratamiento [llora] porque vino una amiga y me dijo "¿Qué haces aquí Juani?". Y yo le dije "estoy aquí, porque tengo que curarme igual que tú". "Yo ya estoy curada. Estoy tan contenta". "Cuánto me alegro por ti", pero yo egoístamente ese día me dio como jay, no sé como unos celos sanos. "Dios mío, que bien está ella y yo aquí dándome tratamiento otra vez". Desgraciadamente unos meses después aparece Tina en una recaída. Yo le digo "no te preocupes que vamos a luchar y a salir adelante. Esto no es nada. Me estoy dando el tratamiento todas las semanas y mira lo bien que estoy. Estoy estupenda, de hecho salgo de aquí, como si no tuviera nada".  
Ni comentario, ni le digo nada a mis hijas, e incluso a mi madre no se lo he dicho, ni se lo diré. Mi madre es una persona mayor y muy antigua y la pobre no entiende la palabra cáncer.

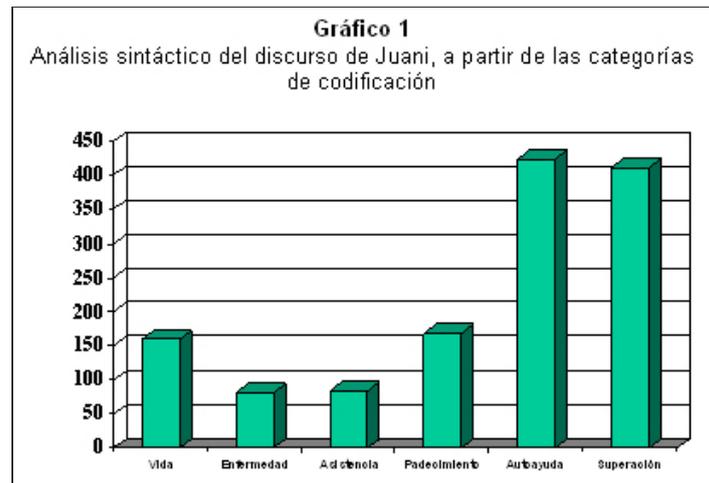
**05. AUTOAYUDA.** Entonces empezamos a vernos un grupo de amigas con la misma enfermedad. Era un grupo fuerte que no necesitábamos ayuda de un psicólogo. Pero comprendo que hay personas que requieran de su ayuda. Tina era agradable, simpática, joven y fuerte. Nos empezamos a reunir gente fuerte, nos reíamos, hablábamos de nuestras cosas y si hablábamos de la enfermedad era con conocimiento. Éramos personas que sabíamos de lo que estábamos hablando. También nos reuníamos para ir a merendar, al cine o al Corte Inglés. Era un grupo tan bonito que me empecé a sentir tan bien que no me acordaba de la enfermedad. Fijate tú de lo que son las cosas. Yo estaba deseando que llegaran los lunes y los martes para encontrarme con mi grupo y hemos llegado a la conclusión que tengo una enfermedad pero no estoy enferma. Desgraciadamente este grupo se ha ido deshaciendo. Nos decíamos "a la enfermedad no le voy hacer caso, que se aguante, que se fastidie. Estamos en guerra y venimos a ametrallarle". Cuando veníamos, veníamos a la guerra para matarle. E incluso cuando veíamos al celador con la medicación le preguntábamos, "¿ya me traes ahí la comida?" "Te traigo dos platos excelentes" [ríe].  
El grupo desapareció tan rápido, y yo quiero hablar con esas personas y le digo "Bueno Estela, qué mala eres, que me abandonaste". María, qué cosa tan linda de mujer, yo quiero mucho a mi madre, pero me hubiese encantado tenerla como madre. Aquella mujer la quería yo muchísimo, era maravillosa, cariñosa, toda pasión, muy entrañable, una persona que te llega al alma. Recuerdo a Carmela, qué gran mujer, y Víctor, que se reía de su enfermedad, era muy simpático, siempre decía, "yo tengo esto pero que se joda, yo no voy hacerle ni caso". Cuando alguna de nosotras fallábamos a la cita o no acudía al tratamiento por las defensas bajas, la llamábamos la oveja descarriada, y nos llamábamos por teléfono para ver lo que había sucedido. "¿Qué te pasa, por qué fallaste a la reunión semanal? Tenías que haber venido a comerte el bocadillo con nosotras". Hablábamos de nuestros temores y sobre la cercanía de la muerte. A esta última no le teníamos miedo, sólo nuestro gran miedo era pasar dolor. Y cuándo deberíamos empezar a ir cuidados paliativos. El problema de Estela eran sus niñas y fue la primera que tiró la toalla. Fue un gran palo la pérdida de Estela. Tina decía que todo le costó doble. Doble los estudios, doble casarse y su única asignatura pendiente era tener un hijo.

**06. SUPERACION.** Hoy me veo solita, y no me encuentro ese grupo de gente positiva o adecuada, sólo encuentro gente que piensa negativamente respecto a su enfermedad.  
La verdad me encuentro a gusto con los sanitarios. Vengo a reirme con ellos y tengo esa persona que siempre te pregunta "¿Cómo estás?". Son todos iguales, como Pepe, es el único hombre, todas se ponen celosillas.  
Todos tenemos una vida sea corta o larga. Si quieren probar un tratamiento nuevo conmigo, yo estoy dispuesta con tal de seguir con un aliento de vida.  
Si quieres curarte o vivir tienes que seguir las indicaciones médicas, como quitarte el pecho, ponerte tratamientos y una vez que salgas de aquí vivir en paz. Debes seguir las pautas que te indiquen los sanitarios porque te puedes curar y si tienes que llevar tratamientos de por vida debes intentar llevar una vida normal. Actualmente voy a echar de menos mi cita semanal en Oncología porque estoy acostumbrada a esa cita semanal, es que ahora tengo que venir una vez al mes y me tengo que adaptar. Es que me falta algo. Yo no estoy acabada de la vida. Tengo que disfrutar de la vida. Creo que un tanto por ciento de esta enfermedad lo curan los médicos y los tratamientos, pero el otro tanto por ciento es uno mismo, el cerebro. Yo intento controlarlo. Cuando estoy nerviosa, me digo "tranquila, guapísima", me pinto, me compro ropa, me pongo coqueta y alegre. Intento vivir con alegría. No intento tirarme en la cama debajo del edredón. Tengo un grupo de amigos que nos vamos juntos de viaje. Ellos se quedan toda la noche de marcha, pero cuando me siento cansada, me retiro pero disfruto. No estoy acabada. Yo no digo, hoy no salgo, mientras tenga un aliento de vida no estoy acabada. Mi carácter ha cambiado, es muy tranquilo. Ahora hago con mi vida lo que quiero y cuando quiero. No hago caso a nadie y hago lo que me da la gana. Pero donde único hago caso es en Oncología. El día que no puedes caminar no camines, pero el día que puedes caminar, camina. No debes condicionar tu vida porque tienes una enfermedad.  
La enfermedad la tengo yo, tengo una enfermedad pero no estoy enferma. Niégate a que te domine, a que te absorba.  
Cuando me veo mal y me miro al espejo, me digo "Juani: animate, levántate y camina, que puedes y tienes un aliento de vida para hacerlo".

¿Qué es lo normal que suele ocurrir tras la codificación de los datos? Que algunas categorías que inicialmente podrían parecer vagas se refuerzan con nuevos datos y se incorporan a nuestra interpretación. Y al contrario, otras categorías pierden validez y hay que descartarlas o reformularlas. Los datos sobrantes deben revisarse concienzudamente, pues mirados aisladamente puede que nos sugieran nuevas categorías. Recordemos el movimiento en espiral del análisis, las fases se superponen, por tanto siempre estamos a tiempo de cambiar cosas, de incluir nuevas ideas y de probar conceptos y proposiciones ya identificados.

El análisis se refuerza de manera progresiva en la medida que probamos una y otra vez las operaciones que realizamos con los datos. Y una de ellas especialmente útil es intentar derribar nuestras propias afirmaciones buscando evidencias de disconformidad en los datos. Por ejemplo, si hemos utilizado la conciencia de supervivencia como principal categoría argumental del discurso de Juani, podríamos releer de nuevo los datos para ver si existe la proposición contraria, o sea, afirmaciones que denoten un afrontamiento inefectivo de su padecimiento.

Todavía podemos someter a nuevas pruebas nuestro esquema explicativo. Aprovechando que la información la tenemos informatizada y que el análisis de contenido nos permite utilizar una pluralidad de técnicas (no sólo cualitativas) podríamos realizar un análisis sintáctico. Se acepta que las personas, cuando hablamos de lo que consideramos importante, solemos invertir más esfuerzo, más texto discursivo, que cuando nos referimos a cuestiones menores. Así pues y a partir de nuestra codificación de los datos, podríamos solicitar a nuestra computadora que indicase cuántas palabras ha empleado Juani en cada una de las categorías de codificación. El resultado lo podemos ver en el *gráfico 1*. Una vez más las categorías *autayuda* y *superación* destacan sobre las demás, en este caso porque Juani ha dedicado la mitad de su discurso a hablar sobre ellas. Todo parece indicar que vamos por buen camino.



### Interpretar los resultados

Con un esquema explicativo sólidamente construido y con datos suficientes que lo avalan, ya estamos en condiciones de iniciar nuestra explicación sobre lo que hemos encontrado. Para ello sugerimos no hacerlo de manera intuitiva, sino siguiendo una sistemática que aproveche todo lo que hemos construido hasta este momento:

- Ciñéndonos siempre a los datos.
- Tomando como eje el hilo conductor que hemos identificado.
- Siguiendo la "guía de la historia" que hemos construido.
- Utilizando las definiciones que hemos hecho de conceptos y proposiciones.
- Ilustrando el texto con pasajes del discurso de la informante.

El resultado ha de ser un texto claro, conciso y concluyente. Veamos nuestra propuesta:

Lo que domina en este relato biográfico es la conciencia de la superación como categoría emergente central con que la informante intenta explicar la experiencia de su enfermedad, el cáncer de mama, y sus expectativas más cercanas. La informante cuenta la historia de su superación, en términos de las estrategias de afrontamiento que utiliza para recuperar el control de su vida, alterada por la aparición de una enfermedad con mal pronóstico. Y lo hace en el contexto de su propia vida, de las particularidades de su enfermedad cancerosa, del tipo de asistencia que ha recibido, y de su propio padecimiento. Su vivencia de la enfermedad ha estado determinada por las relaciones de apoyo que ha establecido en el seno de un grupo de autoayuda, que le ha permitido compartir experiencias e incluso cultivar relaciones de amistad.

En su relato la superación se manifiesta como una lucha contra la enfermedad, una actitud inconformista ante el mal pronóstico del cáncer que tiene como fin normalizar su situación de una manera activa, tomando las riendas de su propia vida: "Y no está y acabada de la vida. Tengo que disfrutar de la vida. Creo que un tanto por ciento de esta enfermedad lo curan los médicos y los tratamientos, pero el otro tanto por ciento es un mism, el cerebr. Y intent controlarle".

La informante llega a considerar la enfermedad como algo ajeno a ella misma, como una amenaza que hay que combatir activamente con estrategias como seguir las recomendaciones terapéuticas, someterse a nuevos tratamientos, pero también aprovechando cualquier aliento de vida para reírse o ignorar la enfermedad con tal de continuar viviendo: "a la enfermedad no le voy hacer caso, que se aguante, que se fastidie. Estamos en guerra y venimos a ametrallarle".

Lucha y cosificación de la enfermedad son los ingredientes del modelo de supervivencia de Juani, que logra instalarse así en una paradoja: la informante considera que se puede padecer una enfermedad sin necesidad de sentirse enferma: "hemos llegado a la conclusión que tengo una enfermedad pero no está y enferma". En realidad es su manera de representar simbólicamente su intento de superación del cáncer.

Si hemos seguido la sistemática propuesta, nos tiene que resultar sencillo explicitar la arquitectura discursiva que hemos utilizado al construirlo. Ahora vamos a entender para qué realizamos las operaciones de identificación temática, clasificación y conceptualización que efectuamos en fases anteriores.

En el primer párrafo hemos identificado el hilo conductor, conceptualizándolo, así como la guía de la historia:

<b>HILO CONDUCTOR</b>	Lo que domina en este relato biográfico es la <b>conciencia de la superación</b> como categoría emergente central con que la informante intenta explicar la experiencia de su enfermedad, el cáncer de mama, y sus expectativas más cercanas. La informante cuenta la <b>historia de su superación</b> , en términos de las estrategias de afrontamiento que utiliza para recuperar el control de su vida, alterada por la aparición de una enfermedad con mal pronóstico. Y lo hace en el contexto de su propia <b>vida</b> , de las particularidades de su <b>enfermedad</b> cancerosa, del tipo de <b>asistencia</b> que ha recibido, y de su propio <b>padecimiento</b> . Su vivencia de la enfermedad ha estado determinada por las relaciones de apoyo que ha establecido en el seno de un grupo de <b>autoayuda</b> , que le ha permitido compartir experiencias e incluso cultivar relaciones de amistad.
<b>CATEGORIA ARGUMENTAL PRINCIPAL</b>	
<b>GUIA DE LA HISTORIA</b>	

A continuación se explican las categorías de análisis, pero también se hace siguiendo un esquema fijo: CONCEPTO-PROPOSICION-ILUSTRACION-IDENTIFICACION. Ya sabemos lo que son conceptos y proposiciones. La ilustración consiste en un pasaje literal extraído del discurso del informante que resulta altamente elocuente y que tiene un gran poder para ilustrar la proposición, legitimándola así a ojos del lector. Suele escribirse entrecomillado y en cursiva. La identificación se refiere al código identificador que asignamos al informante del que hemos extraído el pasaje de la ilustración. En este caso no procede la identificación del pasaje del texto, ya que se trata de un único informante, de lo contrario aparecería entre paréntesis tras la ilustración.

<b>CONCEPTO</b>	En su relato la <b>superación</b> se manifiesta como una <b>resistencia a la enfermedad</b> , una actitud inconformista ante el mal pronóstico del cáncer que tiene como fin normalizar su situación de una manera activa, tomando las riendas de su propia vida: "Y no está y acabada de la vida. Tengo que disfrutar de la vida. Creo que un tanto por ciento de esta enfermedad lo curan los médicos y los tratamientos, pero el otro tanto por ciento es un mism, el cerebr. Y intent controlarle".
<b>PROPOSICION</b>	
<b>ILUSTRACION</b>	

Como podemos apreciar, en la exposición de los resultados, el investigador convierte las categorías de análisis en líneas argumentales que utiliza para defender su esquema explicativo. Al final del todo, la verdad construida por el investigador se convierte en una afirmación concluyente sobre lo que ha interpretado. Es la respuesta a la pregunta que motivó la investigación, la conclusión final, que puede apoyarse también en pasajes del discurso de la informante:

Resistencia y cosificación de la enfermedad son los ingredientes del modelo de supervivencia de Juani, que logra instalarse así en una paradoja: la informante considera que se puede padecer una enfermedad sin necesidad de sentirse enferma: "hem@s llegad@a la c@nclusi@n que teng@a una enfermedad per@n@ est@y enferma". En realidad es su manera de representar simbólicamente su intento de superación del cáncer.

### Relativizar las interpretaciones

No todo está terminado. Hemos manoseado tanto los datos que posiblemente hayamos caído en lo que Bourdieu llamó la "ilusión de transparencia" (citado por Minayo, 1995: 165), 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. Ha llegado el momento de poner límites, de contextualizar nuestra interpretación.

Nuestra explicación no es tan aséptica como a primera vista pudiera parecer. Va a estar condicionada por algunas circunstancias que desde una posición honesta y clara debemos reconocer, aportando detalles suficientes para que el lector pueda determinar cual es nuestra verdadera aportación a este estudio. Al hacerlo debemos considerar las siguientes cuestiones:

a) *Si los datos fueran o no solicitados.* No es lo mismo que la informante nos hable espontáneamente de sus estrategias de afrontamiento cuando le pedimos que de forma genérica nos hable de su enfermedad, que le preguntemos directamente qué cosas hace para superar su enfermedad. En el segundo caso el concepto de "superación" lo hemos introducido nosotros en el discurso de la informante, o lo que es lo mismo, no sabemos si la informante hubiera hablado de "superación" de no haberle preguntado, con lo que no podemos determinar si para ella es o no importante. Especialmente cuando realicemos entrevistas semi-estructuradas, es necesario tratar de forma diferente los conceptos y proposiciones que emanan del discurso espontáneo del informante y los que nosotros introducimos a través de nuestras preguntas.

b) *La influencia del investigador.* Aunque el extrañamiento sea una situación deseable, lo cierto es que en el contexto clínico es frecuente que el investigador parta de una relación profesional-paciente frente al informante. Esta circunstancia, ineludible en muchos casos, no tiene por qué ser un inconveniente insalvable como algunos sostienen. La situación de la entrevista forma parte de los procedimientos esperables en el itinerario asistencial, pero el investigador debe reconocer en qué aspectos concretos la relación preestablecida con el informante ha podido influir en determinados pasajes de su discurso, e informar sobre qué tratamiento ha hecho de ellos en el análisis de los datos.

c) *¿Quién estaba allí?* Se trata de clarificar las circunstancias en las que tuvieron lugar las entrevistas. En el contexto clínico, o cuando se trata de sujetos en una situación vulnerable, como pueden ser ancianos o pacientes frágiles, a veces es imposible garantizar una situación ideal de privacidad para la realización de la entrevista. La familia puede imponer la presencia de uno de sus miembros, a veces porque ejercen un rol de acompañante permanente. Esta situación de entrevista con testigo puede generar inconvenientes que el investigador debe reconocer a la hora de analizar los datos. Bien porque el discurso del informante se vea condicionado por la relación previa que tenga con el testigo, o porque éste participe activamente en la entrevista introduciendo nuevos elementos no suscitados por el informante pero secundados por él.

d) *Distinguir las perspectivas.* No es lo mismo que el informante nos hable sobre su experiencia vivida (por ejemplo la visión en primera persona que Juani construye sobre su enfermedad), a que hable de acontecimientos en los que él participó pero que también participaron otros (por ejemplo el fenómeno de la construcción del duelo en una unidad de cuidados paliativos), en cuyo caso cabe pensar que existan perspectivas diferentes, algunas de ellas incluso contradictorias. A través de un relato biográfico, el investigador puede explorar una de las perspectivas posibles, pero no le exime de reconocer los límites que proporcionarían las demás.

e) *Clarificar los supuestos teóricos.* Todos los investigadores se basan en sus propios supuestos teóricos, cargados de influencias de otros autores, y en sus conocimientos culturales para extraer el sentido de los datos. Se trata de reconocerlos y de determinar de forma crítica la influencia que estos condicionantes han tenido en la elaboración de nuestra propuesta explicativa. En el caso que nos ha ocupado, se haría difícil negar que los autores, a través de publicaciones previas, hemos mostrado nuestro interés por profundizar sobre los significados que emanan de lo que Laplantine ha denominado la "enfermedad en primera persona" para referirse al estudio de la subjetividad del enfermo a la hora de interpretar el proceso de enfermar, así como de la subjetividad del sanador o del cuidador (Laplantine, 1992:19). Pero además, se haría necesario complementar nuestra explicación con referencias a otros estudios que abordan la enfermedad desde la comprensión del universo simbólico del paciente. De forma particular interesaría explorar aquí las aportaciones que desde la antropología del cuerpo se realizan para desentrañar el complejo mundo de las metáforas sociales (Carrasco Acosta, 2008), de las que el relato de Juani no está exento.

Además de esto, si no se ha hecho antes, es preciso aportar información muy precisa sobre el contexto en el que se ha realizado la investigación y que en el caso del relato de Juani sí que aporta la autora del artículo (Gordillo Betancor, 2007). En todo caso cabría responder a cuestiones como: ¿Quién es Juani? ¿Por qué pensé en ella? ¿Tenía relación previa con ella, ha podido afectar la investigación? ¿Cómo contacté con ella, cómo aceptó participar? ¿En qué condiciones se realizó la entrevista? ¿Cómo se desarrolló? ¿Cómo se comportó Juani? ¿De qué habló espontáneamente y qué aspectos introduje en la conversación? ¿Ha cambiado mi perspectiva sobre el fenómeno?

### Determinar el rigor

Por último convendría volver sobre algo que seguramente se ha realizado a lo largo de la investigación, como son las prevenciones metodológicas que hemos tomado para garantizar el rigor de los datos. Cuestiones como si hemos realizado

tantas entrevistas o su duración ha sido lo adecuada como para haber saturado los datos, o sea, si al final hemos obtenido información suficiente para defender nuestras conclusiones. Si los datos fueron devueltos al informante otorgándole el derecho de veto, o si también le devolvimos los resultados e interpretaciones para ver si se sentía representado en ellos. Si realizamos una búsqueda activa de evidencias de disconformidad en los datos, con el objeto de dar consistencia a nuestras interpretaciones. Si triangulamos los datos buscando fuentes complementarias de información (por ejemplo, la historia clínica o los relatos de otras personas), o el análisis diversificando los investigadores que participaron en la codificación o la interpretación. Si auditores externos han controlado la concordancia entre los datos y nuestras interpretaciones, etc.

El hecho de que el relato biográfico sea un tipo de investigación descriptiva, que parte de un solo caso, que otorga especial relevancia a los datos, no supone que el investigador no deba hacer un esfuerzo para realizar un análisis completo y riguroso. Los diseños biográficos están encaminados hacia la comprensión de los fenómenos hurgando en la perspectiva de aquellos que los viven en primera persona. Por ello es necesario que el investigador adopte una sistemática que le permita hacer emerger líneas de interpretación de una forma consistente y no especulativa. La propuesta que realizamos en este artículo tiene en cuenta los procedimientos aceptados en la metodología cualitativa y los adapta para obtener pruebas que si bien no son definitivas, al menos sirven para orientar el abordaje de fenómenos más complejos.

Tal como hemos visto en este trabajo, el análisis del relato de Juani nos ha arrojado luz sobre la forma en que una paciente con cáncer desarrolla mecanismos cognitivos y comportamentales de resistencia y lucha contra la enfermedad. Sólo esta circunstancia es suficiente para poner en crisis el concepto tradicional de supervivencia en esta enfermedad, delimitado por indicadores biológicos en los que el paciente tiene una actitud francamente pasiva. Nos alerta sobre las paradojas de nuestras instituciones y sobre la necesidad de incorporar una mirada desde lo cultural al ejercicio profesional enfermero para garantizar unos cuidados más humanos, personalizados y de alta calidad (Cachón Rodríguez, 2007). La particular paradoja de Juani y la manera en que la utiliza mentalmente para afrontar su padecimiento, nos invita a dejar de mirar la supervivencia como un fenómeno exclusivamente fisiológico para contemplarlo también como un fenómeno social, en el que la voz de los supervivientes es obligado tenerla en cuenta a la hora de planificar los cuidados acorde con sus expectativas.

### Agradecimientos

A Carmen Gordillo Betancor, por habernos ayudado a modular nuestra particular ilusión de transparencia. A Juani, indirectamente, por habernos proporcionado con su relato una verdadera lección de ganas de vivir.

### Bibliografía

- Amezcuea M (2000). El Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud lic, un grupo para la humanización de los cuidados. *Index de Enfermería*. 28-29:41-44.
- Amezcuea M (2000b). Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los Cuidados*. 7-8: 60-67.
- Amezcuea M (2004). Investigación cualitativa, métodos biográficos e historia oral en el contexto de la salud. *Arch Memoria [en línea]* Número 1. Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/anuario1/a0409.php> [Consultado el 26 de febrero de 2009].
- Amezcuea M, Carricondo Guirao A (1999). "Bajo tu mirada servimos". Josefina Castro Vizoso, Hija de la Caridad y Enfermera jubilada. *Index de Enfermería*. 26:40-57.
- Amezcuea M, Carricondo Guirao A (2000). Investigación Cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index de Enfermería*. 28-9:26-34.
- Amezcuea M, Gálvez Toro A (2002). Los modos de análisis en Investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*. 76(5): 423-436.
- Amezcuea M, Hueso Montoro C (2004). Cómo elaborar un relato biográfico. *Arch Memoria [en línea]*. Número 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php> [Consultado el 26 de febrero de 2009].
- Cachón Rodríguez, Esperanza (2007). El hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Index de Enfermería*, 56:35-39.
- Carrasco Acosta, M<sup>a</sup> del Carmen (2008). El cuerpo y sus significados: sociedades tradicionales versus sociedades modernas. *Index de Enfermería*, 17(1):7-6.
- Castro R (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz Sánchez, Verónica (2007). Análisis de un relato como guía de cuidado enfermero. *Index de Enfermería*, 56:45-49.
- Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M (2002). El Análisis de Texto asistido por Ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index de Enfermería*. 36-37:24-28.
- Gordillo Betancor MC (2007). Tengo una enfermedad pero no soy una enferma. El relato de una paciente con cáncer de mama crónico. *Arch Memoria [en línea]* Número 4, fascículo 2. Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/4/a20702.php> [Consultado el 28 de febrero de 2009].
- Hueso Montoro C (2006). El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index de Enfermería*. 55:49-53.
- Minayo C (1995). El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Piera Orts A (2006). Las historias de vida: los límites entre la herramienta etnográfica y un fin en sí mismas. *Arch Memoria [en línea]*. Número 3, fascículo 2. Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/3/ed20600.php> [Consultado el 26 de febrero de 2009].
- Pujadas Muñoz JJ (1992). El método biográfico: el uso de historias de vida en ciencias sociales. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Siles González, José (ed) (2000). Antropología Narrativa de los cuidados. Por una aproximación pedagógica de los materiales narrativos. Una aproximación desde la antropología narrativa y la fenomenología. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Taylor SJ, Bogdan R (1990). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós.
- Valverde, Clara (2008). Enfermería centrada en los Significados del Paciente®. Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro. *Index de Enfermería*, 17(3):157-158.



---

[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

© **Fundación Index**, Granada, España

*Todos los materiales incluidos en el fondo Archivos de la Memoria son propiedad exclusiva de la Fundación Index, y por tanto no está permitida su reproducción, total o parcial, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de cualquier otra forma o por cualquier otro medio electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.*

---

| [Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [guid-INNOVA](#) | [Casa de Máquina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304 