

La teoría fundamentada en la investigación social: experiencia en un estudio sociocultural en salud

Grounded theory in social research: experience in a sociocultural health study

María del Carmen Castro Vasquez¹ y María del Carmen Arellano Gálvez²

Fecha de recepción: 08 de enero del 2024

Fecha de aceptación: 10 de abril del 2024

1 Nacionalidad: mexicana. Adscripción: El Colegio de Sonora  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6406-6728> Correo: ccastro@colson.edu.mx

2 Nacionalidad: mexicana. Adscripción: El Colegio de Sonora  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9951-6960> Correo: marellano@colson.edu.mx



Clasificada como competente internacional por Conahcyt



LICENCIA:
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Resumen

El objetivo del trabajo es evidenciar cómo fue el proceso de construcción de teoría con base en la Teoría Fundamentada, a partir del análisis de datos empíricos sobre el derecho a la información en salud (DIS) en la detección y atención médica del cáncer de mama y cáncer cervicouterino. Estos datos derivan de una investigación cualitativa, en la cual se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad a mujeres de entre 25 y 45 años, en una ciudad del norte de México, para indagar cómo ejercían el DIS en la atención médica, cuáles eran sus experiencias en la gestión y cómo eran sus percepciones sobre la atención. En el análisis de los primeros datos y al inicio de la codificación abierta, se identificó como categoría emergente la percepción de sí, definida como la autopercepción de las entrevistadas de su posición frente al médico y la institución de salud durante la gestión de la atención. Esta categoría se analizó en la codificación axial y selectiva, evidenciando su potencial explicativo para comprender las prácticas de las mujeres para ejercer su derecho a la información en salud. Con este ejercicio empírico, se evidencia que la teoría fundamentada implica un proceso sistemático y riguroso de codificación, comparación e integración de datos y teoría. Este documento aporta a la comprensión de las decisiones teórico-metodológicas basadas en la teoría fundamentada en la investigación social.

Palabras clave: teoría fundamentada, derecho a la información, género, metodología cualitativa, investigación social.

Abstract

The objective of this paper is to demonstrate the process of theory building based on Grounded Theory, from the analysis of empirical data on the right to health information (RHI) in the detection and medical care of breast and cervical cancer. These data derive from qualitative research, in which focus groups and in-depth interviews were conducted with women between 25 and 45 years of age in a city in northern Mexico, to find out how they exercised the DIS in medical care, what their experiences in management were and what their perceptions of care were like. In the analysis of the first data and at the beginning of the open coding, self-perception was identified as an emerging category, defined as the interviewees' self-perception of their position vis-à-vis the physician and the health institution during the management of care. This category was analyzed in axial and selective coding, showing its explanatory potential for understanding the practices of women in exercising their right to health information. This empirical exercise shows that grounded theory implies a systematic and rigorous process of codification, comparison and integration of data and theory. This paper contributes to the understanding of theoretical and methodological decisions based on grounded theory in social research.

Keywords: grounded theory, right to information, gender, qualitative methodology, social research.

Introducción

El objetivo del trabajo es mostrar cómo fue el proceso de construcción de teoría con base en la Teoría Fundamentada siguiendo la línea de Strauss y Corbin (2002), a partir del análisis de datos empíricos sobre el derecho a la información en salud en la detección y atención médica del cáncer de mama y cáncer cervicouterino. Este ejercicio deriva de una investigación cualitativa más amplia, cuyo objetivo general fue “identificar los procesos que permiten u obstaculizan la apropiación y ejercicio de los derechos de las mujeres en la atención médica, en particular a la información en la detección oportuna del cáncer cervicouterino y el de mama” (Castro, 2016, p. 9). Este trabajo aporta una experiencia de análisis cualitativo desde la teoría fundamentada (TF), mostrando cómo se llevó a cabo la codificación y cómo se identifica, define y operacionaliza una nueva categoría emergente.

La perspectiva de la TF permite avanzar en contra del pragmatismo y si bien existe un robusto desarrollo teórico sobre la TF, incluyendo publicaciones clásicas como la Strauss y Corbin (2002), éstas son generalmente en inglés (Charmaz, 2014, 2020; Flick 2018; Kenny y Fourie, 2015; O’Connor *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2018; Vander, 2022; Wilson, 2004; Wilson y Howell, 2008). Este artículo busca contribuir a las publicaciones en español que evidencian el proceso sistemático de operacionalización de categorías y el proceso de codificación, tal como se documenta en otros escritos académicos (Aguila, 2021; Campo y Labarca 2009; Fernández *et al.*, 2022; Jiménez *et al.*, 2017; Rodríguez *et al.*, 2023; Valles, 2024). Sin embargo, es común en artículos de investigación y trabajos escolares de investigación que el anclaje en la teoría social sea débil, o se caracterizan por una ausencia de explicación de cómo se llegó a ejes analíticos, conceptos y categorías y en general, a conclusiones teóricas-metodológicas. Algunas publicaciones en Latinoamérica que declaran usar la teoría fundamentada, el análisis cualitativo queda apenas delineado, ya que no se muestra paso a paso cómo se realiza y no se evidencia la relación entre lo teórico y lo empírico (Calafell, 2019; Castillo *et al.*, 2017; Bran *et al.*, 2020; Espinoza *et al.*, 2019; López *et al.*, 2016; Pérez *et al.*, 2020).

Este complejo proceso de categorización, codificación y teorización se hace más exigente cuando se trabaja en un equipo de investigación, tal como se desarrolló en esta investigación, ya que es necesaria una retroalimentación y discusión continua sobre cada categoría y sus dimensiones, identificadas y definidas, hasta llegar al punto de acuerdo sobre lo que se comprende de cada una, teniendo tanto el sustento teórico como empírico.

En este documento se muestra este proceso sistemático de codificación, de discusión colectiva de los conceptos teóricos elegidos a priori y emergentes, en relación con los datos empíricos y la construcción de teoría. Para esto, se retoman datos empíricos de la investigación antes citada y que fueron obtenidos mediante las técnicas de grupo focal (GF) y entrevista en profundidad (EP). Se realizaron 14 GF y 12 EP a mujeres de entre 25 y 45 años que hubieran realizado la prueba del Papanicolaou (PAP) y exploración mamaria en los últimos tres años en el momento de participar en las EP. En el presente trabajo el concepto principal es el Derecho a la Información en salud (DIS) en la atención médica, desde una acotación específica aplicada a la atención médica en la detección oportuna y atención del cáncer de mama y cáncer cervicouterino. Desde esta acotación se construyó la categoría *Percepción de sí*, como categoría emergente identificada desde los primeros datos empíricos.

Esta categoría emergió ya que al leer las primeras EP surgió la siguiente pregunta: ¿por qué las entrevistadas, a pesar de compartir varias características socioculturales, como su situación social y recursos, así como el motivo de consulta y atención médica, actuaban y percibían de manera diferente la gestión y su experiencia en la atención? La construcción teórica de esta categoría fortaleció la perspectiva general y la categoría principal, el DIS en la atención médica. Partir de conceptos definidos a

priori, es una manera de arrojar luz sobre estrategias de campo y rutas analíticas a seguir, pero manteniendo siempre la flexibilidad necesaria para reconocer lo que está fuera de esta previsión, sensible al descubrimiento en los datos empíricos. Esta sensibilidad y creatividad teórica, son esenciales en el uso de la teoría fundamentada, como se describe a continuación.

1. Sobre la teoría fundamentada

La TF ofrece herramientas analíticas que de manera sistemática permite identificar en los datos empíricos, los conceptos y categorías, con sus respectivas dimensiones y propiedades, las explicaciones de los hechos y fenómenos sociales. Permite documentar el proceso de teorización, de manera rigurosa, sistemática y creativa, ya sea con conceptos elegidos a priori y que bajo esta metodología se fortalezcan con categorías específicas del problema de estudio, o bien, y especialmente, cuando desde dichos datos emergen nuevos conceptos y categorías.

La perspectiva de TF, desde su fundación por Glaser y Strauss a finales de los 60 (Glaser y Strauss, 1967), ha evolucionado en términos teóricos y metodológicos. Actualmente se reconocen tres grandes vertientes, diferenciadas por su énfasis teórico y los procedimientos metodológicos. A saber, se reconoce la línea “clásica”, encabezada por Glaser; la relativista, liderada por Strauss y Corbin; y la constructivista, encabezada por los trabajos de Charmaz (Qureshi y Ünlü, 2020; Rocha *et al.*, 2022). Aunque hay autores que reconocen cinco variantes sumando dos corrientes más: TF basada en el análisis situacional y TF objetivista frente a la TF constructivista (Estrada *et al.*, 2021).

Este trabajo se basa en lo propuesto por Strauss y Corbin (2002), quienes refieren que la TF es “una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos, guardan estrecha relación entre sí” (p. 14). Aunque se parta de un marco teórico amplio definido a priori, se construyen nuevas categorías específicas fundamentadas en los datos empíricos, pues se mantiene la sensibilidad teórica durante todo el proceso de análisis. Es durante el análisis “en fino”, en el cual se identifican nuevos conceptos que amplían la comprensión de los hechos sociales que se estudian. El investigador que usa esta metodología debe estar dispuesto a dicha flexibilidad y creatividad teórica. Así, para promover el pensamiento crítico y creativo y lograr nuevas perspectivas, hay que “usar formas no lineales de pensamiento tales como ir hacia atrás o hacia adelante y darle varias vueltas a un tema” (Strauss y Corbin, 2002, p. 22). Se trata de conseguir, como lo señalan los autores, “denominar categorías con buen tino, formular preguntas estimulantes, hacer comparaciones y extraer un esquema innovador, integrado y realista de conjuntos de datos brutos desorganizados” (p. 22).

Las grandes etapas del análisis de la TF son la descripción, el ordenamiento conceptual y la teorización; pero en el proceso está la tarea de codificación, en la cual reside el reconocimiento y construcción de conceptos y categorías basadas en los datos empíricos, desde su identificación inicial a la integración y el refinamiento teórico. La codificación representa al proceso de análisis, clarifica y sustenta las explicaciones e interpretación, sin que sea el análisis en sí mismo; la sistematicidad es parte del rigor en la investigación cualitativa, que lleva a la lectura reiterada de los datos empíricos a partir de los cuales se construyen las categorías teórico-explicativas.

Strauss y Corbin (2002), aunque utilizan ejemplos de investigación, no son precisos en los “cómo”, en lo que reside el margen de flexibilidad y de creatividad que muestre la complejidad de cada problema de estudio en el cual se implementa la TF. Este proceso incluye “construir teoría” que se da cuando: “el analista reduce datos de muchos casos a conceptos y los convierte en conjuntos de afirmaciones de

relación que pueden usarse para explicar, en sentido general, lo que ocurre” (Strauss y Corbin, 2002, p. 159). Este proceso puede realizarse mediante el uso de diagramas para ilustrar los conceptos y categorías que emergen de los datos empíricos; otros autores lo muestran con matrices (Wilson y Howell, 2008).

1.1. Codificación y análisis

La codificación va de lo más simple y evidente en los datos empíricos, al refinamiento teórico, que implica sustentar los conceptos y categorías elegidas a priori, así como la construcción de nuevas que sostengan las explicaciones y la interpretación. Con base en esta construcción teórica, se evidencian los tres tipos de codificación que plantea la línea de Strauss y Corbin (2002): la codificación abierta, axial y selectiva. En este proceso de análisis, es probable que se utilice más de una codificación, yendo desde la abierta, la axial hasta la selectiva (o de integración)³. Pero este proceso no es lineal, en tanto que el pensamiento crítico de quien investiga va haciendo relaciones, muchas aun incipientes, y vuelve a ellas para confirmar o descartar, a lo que se suman los antecedentes teóricos plasmados en la literatura y que van dando sentido al análisis e interpretación de los datos. A medida que se avanza en esta codificación, se hace una comparación constante de códigos, categorías elegidas a priori y las posibles nuevas categorías que permiten comprender y explicar los fenómenos sociales. En la tabla 1 se resume la descripción de cada tipo de codificación.

Tabla 1. Tipos de codificación en la teoría fundamentada

Tipo de codificación	Definiciones
Abierta	Primer paso en el proceso analítico, en términos generales, identifica conceptos y categorías en los datos empíricos, y se delimitan propiedades y dimensiones.
Axial	Proceso que busca relacionar las categorías con sus subcategorías siguiendo las líneas de sus propiedades y dimensiones. Puede ser en base a una categoría específica para profundizar, o alrededor de un eje analítico representado en un concepto o categoría.
Selectiva (de integración)	Integración y refinamiento teórico. Se elaboran frases que expresen relaciones y explicaciones. A este nivel, “el analista ya redujo datos de muchos casos en conceptos y categorías y los convierte a conjuntos de relaciones que pueden usarse para explicar lo que ocurre” (p.159).

Fuente: Elaboración propia basada en Strauss y Corbin (2002).

En el análisis de los datos empíricos que se muestra en este documento, se ejemplifican los tres tipos de codificación: la abierta, axial y selectiva (de integración), para lo cual se parte de algunas categorías definidas a priori como el de DIS en la atención médica, y la categoría que emergió en el proceso, *Percepción de sí*, objeto de este trabajo. Cabe mencionar que, como marco teórico general, se parte del derecho a la salud, definido como derecho humano y normado en la legislación de México. En México el derecho a la salud se entiende fundamentalmente como el derecho a la protección de la salud, establecido en el Artículo Cuarto de la Constitución Mexicana y se concreta en el derecho a la atención en el sistema de salud, organizado para el acceso y la prestación de los servicios (Alatorre, 1998; Cano, 2001, 2010; Moctezuma, 2000).

³ Después de la publicación de Strauss y Corbin de 2002, y con la ampliación en distintos enfoques de la TF, a la codificación selectiva se le re-nombra como codificación de integración (Estrada *et al.*, 2021).

Respecto al DIS en la atención médica de las y los pacientes, se operacionaliza como el derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz de su médico sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y conocer el balance de las opciones terapéuticas y los posibles resultados de manera accesible con el fin de favorecer el conocimiento pleno de su estado de salud y sea siempre veraz y ajustada a la realidad (Tena *et al.*, 2002). A partir de estos antecedentes teóricos, se elaboraron las preguntas de investigación y su posterior estrategia metodológica y analítica, como se describe en el siguiente apartado.

2. Aspectos metodológicos

Para la obtención de los datos empíricos que se analizan en este artículo, primero se realizaron los GF y después las EP. Los GF permiten conocer el discurso y la percepción colectiva sobre lo que se indaga (Hamui y Varela, 2013). El objetivo de esta técnica es recolectar el discurso del grupo, en una interacción colectiva sobre un tema a discutir, promovida por el/la investigador/a. No busca hacer la sumatoria de voces, percepciones o experiencias individuales, sino indagar en la construcción de un discurso colectivo, que contenga un imaginario social, siendo ésta una de sus principales características teórico-metodológicas. En este trabajo, su uso fue en una primera etapa de trabajo de campo, para indagar sobre el objetivo general de la investigación y para apoyar la elaboración de las guías de EP que se realizaron en una segunda etapa.

La EP permite indagar en narrativas individuales de las mujeres algunos nudos temáticos que se identificaron previamente en los GF, y ubicarlos en una historia personal (Taylor y Bogdan, 1996). Esta técnica exige construir una relación de confianza con las informantes y pueden ser varias sesiones con la entrevistada⁴. En cada sesión la guía de preguntas se va ampliando o reduciendo; se parte del objetivo de obtener la información estratégica que responda a las preguntas de investigación, hasta llegar al punto de saturación teórica, según directrices de la TF (Strauss y Corbin, 2002). La saturación teórica se logra cuando al indagar sobre el tema en cuestión, ya no se obtiene información diferente a la registrada previamente. A todas las participantes se les solicitó el consentimiento informado y se les explicó el objetivo de la investigación; además se solicitó autorización para audigrabar y transcribir las conversaciones que se dieron en los GF y EP.

Antes de la entrada a campo y como parte del proceso metodológico, se realizó un ejercicio partiendo del planteamiento de las preguntas teóricas a las preguntas de las guías de los GF y EP a ser utilizadas posteriormente. Este ejercicio indica la problematización de los conceptos elegidos a priori, a partir de la selección razonada del marco teórico que guió el diseño de la investigación y la perspectiva de análisis de los datos empíricos. Las categorías se pensaron y se redactaron en forma de preguntas para las mujeres sobre las experiencias, prácticas y percepciones durante la búsqueda de la atención médica, la realización de las pruebas del PAP y la exploración mamaria, así como en la gestión de la atención para ella y su familia.

Desde la realización de los primeros GF, se hizo un primer ejercicio de codificación abierta para organizar la información e identificar categorías, por un lado, de la perspectiva teórica elegida a priori, y por otro, de las categorías no anticipadas. Los GF evidenciaron temas que se abordarían en las EP. De acuerdo con los lineamientos de la TF, este ordenamiento conceptual se da desde las primeras clasificaciones de los datos, ya que desde el inicio del análisis se usan conceptos y categorías que se van reconociendo en el proceso. Las guías de las EP se fueron reelaborando conforme se realizaban las

4 En esta investigación el promedio de sesiones fue de 3.

primeras, como la técnica lo permite, para focalizar y profundizar en algún tema emergente, considerando lo que se va conociendo y construyendo en las narrativas.

Como apoyo para este proceso de sistematización, se creó una base de datos en el programa Nvivo versión 7, que permitió organizar todos los datos según los códigos construidos y definidos operativamente, posibilitando avanzar y complejizar de la codificación abierta a la selectiva (de integración). En este proceso de ordenamiento conceptual, se buscó dar sentido de los datos empíricos desde la voz de las participantes. Para este proyecto, se partió del marco teórico amplio de la teoría de las prácticas y de la perspectiva de derechos en salud. Atendiendo a lo que representa un concepto y lo que representa una categoría, se comprende el derecho a la salud como un concepto, y el DIS en la atención médica y la *Percepción de sí*, como categorías. Cada categoría y sus dimensiones se analizan frente a las demás, se comparan, contrastan y acotan en un sentido propio. De allí que a la TF se le denomine también *método de comparación constante*. En el siguiente apartado, se muestra este proceso de operacionalización de las categorías y su posterior codificación.

3. Resultados: Proceso de codificación y análisis de los datos empíricos desde la teoría fundamentada

Como se mencionó antes, desde los primeros GF se incorporó en la guía de preguntas el tema sobre cómo las mujeres se posicionaban, uno, en la institución de salud al gestionar su atención, y dos, frente al médico y cómo era su ejercicio del DIS en la atención médica. Al terminar la recolección de datos, se continuó con el análisis de manera sistemática y creativa, etapa intensiva que representó una importante inmersión del equipo de investigación y en la cual se puso en juego el pensamiento crítico para la elaboración permanente de preguntas a los datos empíricos y las posibles respuestas. En la etapa inicial se organizaron los fundamentos, mismos que podrían mantenerse durante todo el proceso, ya sea porque respondían a algunas categorías a priori, o bien, porque emergieron otras categorías de los datos. De esta manera, se realizó la codificación abierta, registrando en memorandos y diagramas, las pistas a seguir en el análisis minucioso en las siguientes etapas de codificación, es decir, la axial y la selectiva (de integración).

En el proceso inicial de codificación de las narrativas de los primeros GF, se identificó que la percepción que las participantes tenían sobre sí mismas influía en las formas de conducirse en los servicios de salud y exigir la atención. Por lo anterior, se reconoció a partir de los datos empíricos, la necesidad de definir una nueva categoría que ampliara la comprensión del tema y se construyó la categoría emergente, *Percepción de sí*. Para esto fue necesario seguir “la pista” de esta categoría en la segunda mitad de los GF y EP. En éstas últimas, se indagó con mayor amplitud cómo las mujeres se autopercebían al gestionar la atención de salud y al codificar al detalle se fueron aclarando sus dimensiones. A partir de esta construcción, se le relacionó con la categoría más amplia del DIS en la atención médica, sin obviar el marco general y más abstracto, que es el derecho a la salud.

Cada categoría se definió operacionalmente, lo cual implicó varias sesiones metodológicas entre el equipo de investigación para acotar y detallar a lo que se referiría cada una de ellas. A continuación se operacionalizan dichas categorías: 1) nociones de derechos: conocimientos, ideas, suposiciones, creencias y opiniones basadas en el deber ser sobre los derechos, específicamente del derecho a la salud; 2) derecho a la información en salud en la atención médica: narrativas de las mujeres sobre las

estrategias que utilizan para obtener información sobre su salud o la de otros; 3) prácticas en el ejercicio de derechos en salud: experiencias de las mujeres que describen el ejercicio de sus derechos a la atención médica, a través de distintos procesos de negociación y estrategias; 4) percepción de la atención: narrativas de las mujeres referidas a las necesidades, deseos, aspiraciones y valoraciones que hacen sobre la atención médica recibida; 5) percepción de sí: categoría emergente se operacionalizó como el conocimiento de las mujeres de que tienen o no la posibilidad o capacidad de recibir atención médica, así como de gestionar, cuestionar o quejarse de la atención recibida (como se posicionan frente al mundo); 6) contexto: información sobre el imaginario social sobre la razón que las participantes identifican para que las otras mujeres no tengan una práctica constante del PAP y la exploración de mamas.

De cada categoría se detallaron varias dimensiones para su codificación como parte del análisis en fino. En la Tabla 2 se muestra la codificación abierta de la información completa y las grandes categorías que corresponden al ordenamiento teórico-conceptual inicial, así como una selección de expresiones⁵ de las narrativas de los GF y EP que dan sustento empírico a estas categorías.

Tabla 2. Codificación abierta de las principales categorías en los GF y las EP

Categoría	Información empírica
Nociones sobre derechos	Todas tenemos derecho, todas valemos lo mismo
	Ellos (los médicos) deberían de atendernos bien, si estamos pagando por el servicio
	No cotizan, pero sí tienen derecho, deben de tener derecho a atenderse
	Si fuéramos muchas las que nos quejáramos, nos harían caso
	Están en su derecho de exigir atención porque están pagando ese servicio y es injusto que no lo reciban
Derecho a la información en la atención médica	Por derecho entendemos algo que tú tienes, que podemos recibir, a mi entender...que tú puedes exigir algo
	El médico no me dijo nada, pero yo tampoco le pregunté
	Yo busqué información en el internet y le pregunté a otras personas
	¿Puedo quejarme?
	¿Me tratarán mal si me quejo?
	Si uno les dice (a los médicos)... son como palabras al viento
	A veces responden, pero muchas veces no le entiendo
	No les gusta a los médicos que uno les interrumpa
	No he preguntado la respuesta de por qué (tengo infección vaginal)... no, no, o sea, nunca le he preguntado a nadie...pues no sé, será por vergüenza o por miedo, que me vaya a decir algo o... no sé...

(continúa...)

⁵ Cabe aclarar que la selección es una muestra de lo contenido en los GF y EP, a manera de ilustración y evidencia en el desarrollo de la codificación.

(...continúa)

Categoría	Información empírica
Prácticas en el ejercicio de derechos en salud	Cuando no alcanzo ficha o no quiero irme todo el día al centro de salud, mejor me voy a similares o pago servicios médicos privados.
	¿Hasta dónde puedo exigir?
	Consigo dinero para la atención privada (pedir prestado, ahorrar, empeñar)
	Me enojé y fui con el director médico (para que me resolviera).
Percepción de la atención	Prefiero que sea una mujer quien me haga el Papanicolaou
	Somos indiferentes, nosotros actuamos cuando nos puede, pero si estamos viendo que al del lado no, no lo atienden ni nada, nos quedamos callados
	Pero yo le iba a preguntar al doctor, pero no me atreví, se me hizo que se iba a sentir mal pues
Percepción de sí	Si uno se queja, de todas formas, no pasa nada
	Uno tiene que aguantarse
	Los medicamentos que me dan no sirven, los doctores ya tienen la receta hecha para cuando uno entra a consulta
Percepción de sí	Uno como no tiene educación, es ignorante, no sabe qué es lo que se puede hacer o no puedo hacer nada
	Uno porque está medio informada, sabe que puede exigir, pero otra gente no sabe nada
	He aprendido qué hacer para recibir atención
	Mi pudor y vergüenza me impiden acudir con regularidad al servicio y preguntar para informarme
	A veces, mi esposo me dice y mis cuñadas “es que tú con todo mundo te estás peleando”, con todo mundo que me falte al respeto, con el mundo que a mí no me de mi lugar, yo a nadie trato mal, nadie tiene porqué tratarme mal
Contexto	Nosotros nos tenemos que cuidar, ellos no nos van a cuidar (los médicos); si nosotros no exigimos... ellos no nos van a cuidar...
	Nos falta conocimiento, yo creo que si nosotros queremos vamos a lograr algo, si nos unimos vamos a lograr algo...
	Ahora hay más facilidades para obtener la prueba del Papanicolaou y exploración de mama, hay campañas de prevención en las colonias
Contexto	Hay más información disponible sobre el Papanicolaou y la mamografía en la televisión, en la radio, en la escuela
	Hay muchas mujeres con cáncer, antes no había tantas

Fuente: Elaboración propia basada en el proceso de codificación

Para ejemplificar el proceso de codificación axial, se seleccionaron dos categorías: el DIS en la atención médica, elegida a priori y la de *Percepción de sí*, como categoría emergente. La comprensión conceptual de la relación entre ambas se basó en una comparación constante al responder preguntas como: ¿Cuál es la relación de tener una percepción de sí como mujer insegura y el desconocimiento del derecho a la información en salud?, ¿Cuál es la relación de tener una percepción de sí como mujer segura o empoderada y el desconocimiento del derecho a la información en salud?, entre otras interrogantes. El proceso de codificación axial de estas dos categorías implicó identificar y definir sus dimensiones, como se detalla a continuación.

1. Derecho a la información en salud en la atención médica

El derecho a la información cuenta con una definición general, reconocida en la ley, normas y reglamentos y forma parte del derecho a la salud. Sin embargo, dicha definición debe entenderse en lo particular, según el lugar y grupo social donde se aplica, y cómo se problematiza para distinguirlo en los

datos empíricos, y cuáles son los actores que lo viven, lo que esclarece las dimensiones que componen dicha categoría, fundamentadas en los datos empíricos. Para este trabajo se comprende el DIS en la atención médica y los datos empíricos desde la voz de las mujeres, y en cada narrativa de los GF y EP, se distinguieron y definieron tres dimensiones principales:

- a) Información obtenida y no ofrecida: Información que las mujeres reciben, o no, del personal de salud como parte del proceso de consulta médica (explicaciones, dudas y respuestas, seguimiento).
- b) Búsqueda de información: Estrategias de las mujeres para tener acceso a la información, utilizando distintas fuentes: médico, internet, vecinas, servicio privado, folletos.
- c) Desinformación sobre el derecho a la información: Discursos de las mujeres sobre su desconocimiento que el personal de salud, en particular el médico tratante, tiene la obligación ética y legal de dar información sobre su enfermedad, aclarar dudas y plantear las opciones terapéuticas.

En la tabla 3 se detalla el ejercicio de codificación axial de la categoría DIS en la atención médica, sus dimensiones⁶ y algunas narrativas como sustento empírico:

Tabla 3. Codificación axial del Derecho a la información en salud en la atención médica

Categoría	Dimensiones	Información empírica
Derecho a la información en salud en la atención médica	Información obtenida y no ofrecida	A veces responden, pero muchas veces no le entiendo.
		No les gusta a los médicos que uno les interrumpa.
		Me quedé con dudas, pero le tengo mucha fe a la doctora.
		No me explicaron, no me dijeron, 'oye fíjate, mira, tal'. No...pero sí cierto, no te explican, o sea, no te dicen, 'oye, se puede hacer otra cosa'.
		¿Tú consideras que es obligación del médico darte esa información? Pues tanto como obligación... no, porque a veces cada doctor tiene diferentes... puntos de vista o manera de pensar.
	Antes no, "¡Ah! ¡A la fregada!, me voy y me voy con otro doctor". Pero ahora no, ya es diferente, yo digo que ya es mucho cambio, ya no se deja la gente como antes. Yo digo que ya no me dejaría como antes.	
	Búsqueda de información	Yo busqué información en el internet: qué bueno que una tenga medios para poder acceder a la información como el Internet, folletos u otras cosas, pero no todo el mundo tiene ese acceso...Le pregunté a la enfermera
		Le pregunté a su asistente
	Desinformación sobre el derecho a la información	Le pregunté a otras personas: yo lo que tengo que (hacer), es investigar o irme a un café internet, o con otra gente que tenga lo mismo que yo, "¿qué ha hecho?", "¿cómo se ha informado de la enfermedad?" muchas veces para no empeorar, o cuidarnos mejor, hay que informarnos
		El médico no me dijo nada, pero yo tampoco le pregunté.
		¿Puedo quejarme?
		¿Me tratarán mal si me quejo?
Si uno les dice...son como palabras al viento		
El médico no me dijo nada, pero yo tampoco le pregunté		
No he preguntado la respuesta de por qué (tengo infección vaginal)... no, no, o sea, nunca le he preguntado a nadie...pues no sé, será por vergüenza o por miedo, que me vaya a decir algo o... no sé...		

Fuente: Elaboración propia basada en el proceso de codificación.

⁶ La selección de testimonios trata de ilustrar claramente el significado de la categoría y dimensión en la cual se ha conceptualizado.

2. Percepción de sí:

Esta categoría emergió cuando se habían realizado algunos GF, su importancia en las narrativas de las mujeres llevó a la decisión teórico-metodológica de incluir su indagatoria en los siguientes GF y EP. A partir del planteamiento de la pregunta ¿Por qué las mujeres, a pesar de compartir las características socioculturales, gestionan y viven la experiencia de la atención médica, de manera diferente?, se planteó la categoría de *Percepción de sí*, para analizar cómo las mujeres se posicionan frente a la institución de salud, y frente al médico; que en sus narrativas expresen que tienen, o no, la capacidad de gestionar, cuestionar o quejarse de la atención recibida. Las dimensiones de esta categoría fueron:

- a) Indicios de empoderamiento: evidencias en las narrativas sobre su capacidad de ejercer su derecho a la atención, a través de la gestión y exigencia de la información sobre su enfermedad.
- b) Autopercepción de inseguridad: las mujeres se autodefinen como ignorantes, no educadas y sin la posibilidad de lograr cambios en las situaciones en los servicios de salud para ejercer su derecho a la atención y a la información.
- c) Apoyo de las redes sociales: conocimiento de las mujeres de contar con el apoyo de sus redes sociales durante la búsqueda de atención médica (por ejemplo, negociaciones con la pareja para acudir al PAP).
- d) Manejo del cuerpo: expresiones que dejan ver que muchas de las mujeres participantes no acuden al servicio de salud porque sienten vergüenza, temor y pudor de mostrar sus partes íntimas al personal de salud, a la vez que esto influye para que no pidan información sobre el procedimiento o resultados.

En la tabla 4 se detallan la categoría *Percepción de sí* y sus dimensiones.

Tabla 4. Codificación axial de la categoría Percepción de sí

Categoría	Dimensiones	Información empírica
Percepción de sí	Indicios de empoderamiento	Uno porque está medio informada, sabe que puede exigir, pero otra gente no sabe nada
		He aprendido qué hacer para recibir atención
		No nomás hay que quejarnos, hay que demandar, pero no, nadie tomamos la iniciativa, algo se tiene que hacer porque se están lavando las manos y nosotros las estamos doblando...
		A veces, mi esposo me dice y mis cuñadas "es que tú con todo mundo te estás peleando", con todo mundo que me falte al respeto, con el mundo que a mí no me de mi lugar, yo a nadie trato mal, nadie tiene porqué tratarme mal
		Los que tienen Seguro (IMSS) están pagando, están pagando impuestos... entonces ¡exige tu derecho! ¿Por qué? Porque tú le estás pagando... Si uno se queda callado ante las injusticias, si uno no tiene información, la ignorancia es el principal enemigo de una persona...
		Apenas usted como doctor, no sé exactamente qué es lo que me duele, si es la matriz o los intestinos. Entonces, para que te revise, ahí ya lo estás comprometiendo a checarte.
		Nosotros nos tenemos que cuidar, ellos no nos van a cuidar (los médicos); si nosotros no exigimos... ellos no nos van a cuidar

(continúa...)

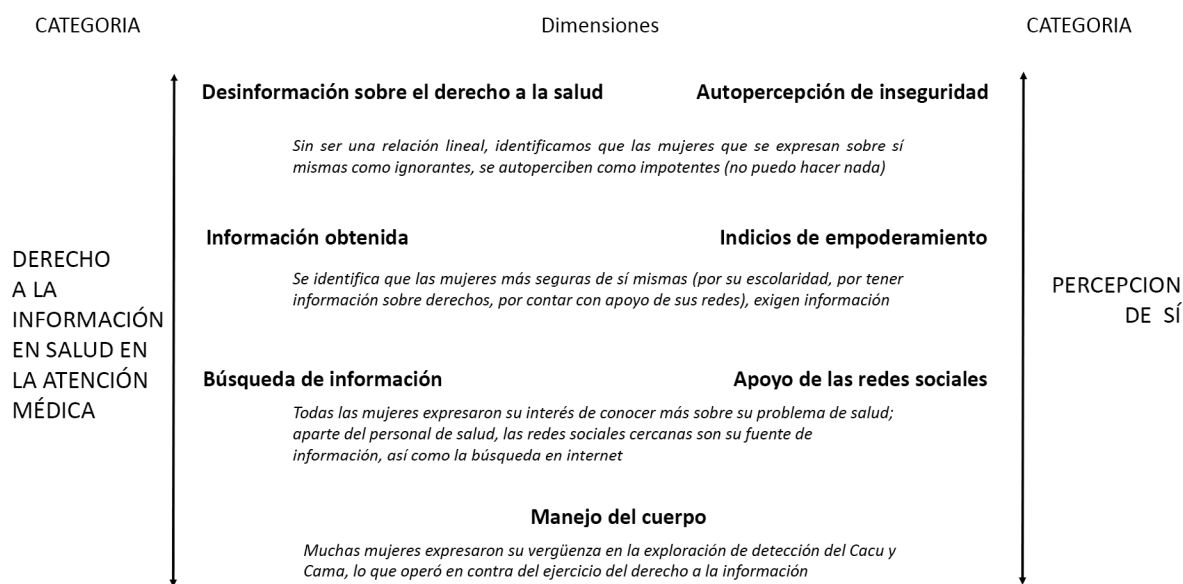
(...continúa)

Categoría	Dimensiones	Información empírica
Percepción de sí	Autopercepción de inseguridad	Uno como no tiene educación, es ignorante, no sabe qué es lo que se puede hacer o no se puede hacer
		Cuando a uno la tratan mal, cree uno que nos van a quitar el servicio, ya no nos van a atender como antes o como nosotros queremos ¿no?... pensamos que no tenemos derecho a réplica...por temor
		Nos dijeron que nos quejáramos (de una mala atención), pero nosotros no, no teníamos ayuda ni nada, yo y mi hermano solos.
		"Yo vengo enferma y necesito que me atiendan", le dije (a la recepcionista), eso sí le dije (baja la voz, casi no se escucha) y sí me atendieron
Percepción de sí	Apoyo de las redes sociales	La unión hace la fuerza, no lo he ocupado (al grupo), pero yo sé que sí se puede, que ya estando organizados podemos lograr mucho
		Nos falta conocimiento, yo creo que si nosotros queremos vamos a lograr algo, si nos unimos vamos a lograr algo, mientras no, si crece el grupo o unidos, se hace la fuerza, pero no lo hacemos. Ahí está uno esperando a ver quién se mueve, para movernos o no, o bajar el brazo que nos mueve
		Un muchacho de la iglesia, que él a sido como un hermano para mi esposo y para mí, él es de la iglesia, también ellos han sido nuestro apoyo ¿no?
		Ha tenido el apoyo de su familia tanto moral como económicamente para atender, como fue el caso cuando le sacaron la matriz, "no teníamos dinero y mi mamá nos prestó"
Percepción de sí	Manejo del cuerpo	Mi pudor y vergüenza me impiden acudir con regularidad al servicio y preguntar para informarme
		¿Qué necesitamos hacer para poder exigir (la atención médica), ante esa falta de atención? Conocer nuestros derechos sexuales y reproductivos, saber que es justo, exigirla y hasta obtenerla y pues es educación sexual, de ahí viene el conocimiento y el empoderamiento sobre tu cuerpo y no permitir que ningún médico, ni nadie, te enjuicie...¿Y cómo se sintió cuando la atendió el médico, hombre? ¡Ay, sí! pero, ¿qué iba a hacer? Nomás cierras los ojos (risas) ¿no?, pues es su trabajo de ellos también, nomás uno... con vergüenza...sí con las mujeres le da vergüenza a uno ¿ahora con un hombre?...

Fuente: Elaboración propia basada en la información empírica y el proceso de codificación axial.

Profundizar en el análisis de las narrativas sobre la expresión de *Percepción de sí*, posibilitó reconocer cómo se ejerce el derecho a la información en salud en la atención médica y por qué sucede así. En ello quedó claro que a nivel individual se toman decisiones dependiendo de cómo las mujeres se autoperciben cuando acuden al servicio de salud. La categoría *Percepción de sí*, además refleja el contexto social en el que viven las participantes y que puede constreñir cuando sus condiciones de vida son precarias, tal como se evidencia en los testimonios arriba descritos. A partir de la codificación axial, la siguiente tarea fue realizar una codificación selectiva (de integración) para relacionar las distintas categorías y sus dimensiones. La codificación selectiva o de integración tiene como propósito el refinamiento teórico, y es la etapa más avanzada en la codificación para construcción de teoría; en ésta se dan explicaciones e interpretaciones sobre el problema de estudio. Así, la figura 1 evidencia la relación de dos categorías principales dentro de la investigación: el DIS en la atención médica y la de *Percepción de sí*.

Figura 1. Codificación selectiva (de integración): relación del DIS en la atención médica y *Percepción de sí*.



Fuente: Elaboración propia basada en el proceso de codificación selectiva.

Si bien es cierto que se diferencian los tres tipos de codificación, el proceso no es lineal. La sistematización de la información recolectada permite regresar a las primeras etapas y retomar la última, en un proceso continuo de interpretación y de preguntas a los datos empíricos. De igual manera, codificando los datos de manera abierta, se van elaborando memorandos para ser profundizados y rastreados en todas las narrativas de los GF y EP, como parte esencial del análisis “en fino”. Cabe recordar que la categoría central de la codificación fue el DIS en la atención médica. Esta categoría, si bien fue una elección a priori de la definición general sobre el derecho a la salud, había que reconocer cómo se expresaba en los datos empíricos. A partir de esta comprensión se fue identificando en la codificación abierta y axial los datos que compusieron la categoría de *Percepción de sí* y que se relacionaban explicativamente con el DIS en la atención médica.

En la figura 1 sobre la codificación selectiva o de integración, se muestran las principales dimensiones construidas desde la codificación abierta; a partir de esta etapa se podían enunciar algunas explicaciones e interpretaciones del problema de estudio, que se esclarecerían a medida que se avanzaba en el análisis. Poner gráficamente cada categoría y sus dimensiones frente a la otra, permitió plantear preguntas sobre esta relación explicativa y elaborar relaciones creativas entre las categorías y sus dimensiones. El énfasis en la categoría *Percepción de sí*, posibilitó comprender mejor cómo son las experiencias de las mujeres en la atención de su salud, así como sus percepciones sobre el ejercicio del derecho a la información en salud y del derecho a la salud como categorías generales.

La construcción de la categoría *Percepción de sí* se entiende en relación con el marco teórico general que es el derecho a la salud, y de manera particular, con el derecho a la información en salud en la atención médica. En la relación de estos dos últimos, se plantean cuatro afirmaciones generales que pueden representar patrones entre las personas entrevistadas en esta investigación, como un recorte de muchas otras observaciones específicas compartidas en las narrativas de las informantes. Según señala Strauss y Corbin (2002), un patrón se forma “cuando grupos de propiedades se alinean a lo

largo de varias dimensiones” (p. 129), y las dimensiones bajo un tema común forman una categoría. En palabras de los autores, un fenómeno, representado por una categoría, son los “patrones repetidos de acontecimientos, sucesos, o acciones/interacciones que representen lo que las personas dicen o hacen, solas o en compañía, en respuesta a los problemas y situaciones en los que se encuentran” (Strauss y Corbin, 2002, p. 142).

Así, se identificó una fuerte relación entre el DIS en la atención médica y la *Percepción de sí*, ya que la mayoría de las mujeres que se autopercebieron como ignorantes y sin educación, afirmaron que ellas no podrían hacer nada ante las condiciones adversas y la falta de información cuando acudían a los servicios de salud. Esta afirmación debe relacionarse con un contexto social y cultural donde sucede el fenómeno. Aquí se puede señalar las condiciones de vida precarias, el difícil acceso a la atención médica de calidad, las características de la cultura médica, la desigualdad de género, entre otros fenómenos macrosociales que dan sentido a las prácticas de las mujeres.

Otras participantes que contaban con un grado escolar alto y se autopercebían como más seguras de sí mismas, en sus narrativas se registró una mejor capacidad de exigencia en la atención médica y para obtener información de sus problemas de salud. Varias de ellas expresaron que conocían sus derechos en salud y la información, y mostraron con mayor claridad una apropiación de estos derechos. A pesar de estas diferencias, prácticamente todas las informantes afirmaron tener interés de conocer sobre sus problemas de salud y al no preguntar al médico, buscaron otras fuentes. Cabe enfatizar que el ejercicio de derechos, en salud y en cualquier otro campo, no es un acto voluntarista, ni individual. Depende de condiciones de posibilidad que alude a condiciones macrosociales, como la organización de los servicios de salud que permita un mejor acceso a la atención; una reglamentación en las instituciones que facilite las quejas y su seguimiento; el mejoramiento de la formación del personal médico y sus condiciones de trabajo, que asegure ofrecer una mejor calidad de la atención, así como dar información clara y veraz a las pacientes.

Todas las mujeres expresaron de distintas formas la agencia de la que son capaces, sin embargo, esto es más posible para algunas mujeres que para otras. Fue claro que a todas les interesaba conocer más sobre sus problemas y motivos de salud. En las narrativas expresaron esta agencia especialmente al tratarse de la atención de sus hijos, y no tanto para sí mismas, una expresión de sus roles de género. El interés de obtener información se tradujo en acudir a sus redes sociales o acudir a consultar en el internet, con los riesgos que esto pueda generar si las fuentes no son las adecuadas.

La investigación sobre el derecho a la salud y el derecho a la información en salud en la atención médica se llevó a cabo en dos temas principales: la detección oportuna y atención del cáncer cervicouterino y cáncer de mama, que aluden directamente a la intimidación de las mujeres. Considerando que muchas de ellas vivían en condiciones precarias, no contaban con alto grado escolar, ni seguridad de la atención de su salud y la de su familia, muchas de ellas expresaron vergüenza en la exploración médica y este sentimiento operó en contra del ejercicio del derecho a la información en salud en la atención médica al no pedir información al médico.

Conclusiones

La TF ofrece una perspectiva teórica y metodológica que se identifica en muchos de los procesos del análisis cualitativo. Si bien es cierto que puede ser compleja, también ofrece una serie de procedimientos y herramientas analíticas que acompañan en el proceso a los/las investigadoras sociales. La flexibilidad que debe guardar, así como el margen de creatividad hace de la TF una opción excelente

para la construcción de teoría y el fortalecimiento de perspectivas teóricas aplicadas en campo. Partir de la TF implica un proceso sistemático y riguroso de codificación, comparación e integración de los datos y teoría. El objetivo de este artículo fue evidenciar el proceso de construcción de teoría con base en la Teoría Fundamentada, y mostrar la serie de reflexiones, decisiones y relaciones que se construyen sobre el proceso, entre los conceptos que a priori se seleccionaron para plantear un problema de investigación y la emergencia de otros conceptos que posibilitan explicar las prácticas de los actores sociales. Los ejercicios de operacionalización y categorización de los conceptos permitieron identificar relaciones explicativas ante el DIS en la atención médica como interés central para comprender el derecho a la salud. La diversidad de relaciones evidenciadas en la codificación selectiva muestra la complejidad de las prácticas sociales y sus posibles interpretaciones en función de los contextos sociohistóricos. En publicaciones anteriores se profundiza en el análisis de resultados de investigación (Autoras 2016 y 2020), sin embargo, en este ejercicio, se profundiza en el manejo metodológico sobre cómo emergió la categoría de *percepción de sí*, y su interpretación teórica.

Mostrar este proceso de codificación, tiene la finalidad de comunicar y evidenciar las decisiones teórico-metodológicas de un equipo de investigación que fueron construyendo el proceso de análisis cualitativo, que requiere un abordaje sistemático, riguroso y de reflexividad constante. Se reconoce el “ir y venir” entre los datos empíricos y el marco teórico, así como la construcción de categorías específicas al problema de investigación y la pertinencia de la TF como opción teórica y metodológica para el análisis cualitativo y la comprensión del problema de investigación. La línea de TF relativista, propuesta por Strauss y Corbin (2002) permitió realizar este ejercicio en el cual se pudo profundizar en un marco teórico elegido a priori, para promover la emergencia de nuevas categorías.

Por último, se considera que este artículo aporta a la discusión de la metodología cualitativa en la investigación social en América Latina, sobre todo como un documento ilustrativo para la formación de futuros científicos sociales. Además, es deseable la producción de más investigación en disciplinas relacionadas a los estudios sobre salud, que aporten al conocimiento de este abordaje teórico-metodológico.

Referencias

- Aguila, J. (2021). Teoría fundamentada: construcción de datos sobre educación sexual desde las Epistemologías del Sur. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 27(53), 163-183.
- Alatorre, E. (1998). Las mujeres y el derecho a la salud. *Revista Mexicana de Justicia*, (4), 51-56.
- Bran, L., Valencia, A., Palacios, L., Gómez, S., Acevedo, Y. & Arias, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>
- Calafell, N. (2019). La ginecología natural en América Latina: un movimiento sociocultural del presente. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, (33), 59-78. DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2019.33.04.a
- Campo, M. & Labarca, C. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Opción*, 25(60), 41-54.
- Cano, F. (2001). *Percepciones de la medicina y el derecho*. UNAM.
- Cano, F. (2010). *Derecho a la protección a la salud en América Latina*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

- Castillo, P., Vallejo, E., Cotes, K. & Castañeda, C. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde e Sociedade*, 26(1). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168743>
- Castro, C. (2016). *En letras chiquitas. Construcción de ciudadanía y el derecho a la información en salud*. El Colegio de Sonora.
- Castro, C. & Aranda, P. (2020). Mexican Women and decision making in health: the practical sense. En X. Bada y L. Rivera (eds.), *Oxford Handbook of the Sociology of Latin America* (1-20). Oxford University Press.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications.
- Charmaz, K. (2020). With constructivist grounded theory you can't hide: Social justice research and critical inquiry in the public sphere. *Qualitative Inquiry* 26 (2):165–76. <https://doi.org/10.1177/1077800419879081>
- Espinoza, M., Fernández, O. M., Riquelme, N. & Irrazaval, M. (2019). La identidad transgénero en la adolescencia chilena: experiencia subjetiva del proceso. *Psykhé*, 28(2), 1-12. <https://doi.org/10.7764/psykhe.28.2.1425>
- Estrada, R., Arzuaga, M., Giraldo, C. & Cruz, F. (2021). Diferencias en el análisis de datos desde distintas versiones de la teoría fundamentada. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (51), 185-229. <https://doi.org/10.5944/empiria.51.2021.30812>
- Fernández, O., Espinosa, H. D., Krause, M., Altimir, C., Mantilla, C., Paz, C. & Fernández-Álvarez, J. (2022). Personal experience of Latin American therapists on their clinical practice during the COVID-19 pandemic. *Studies in Psychology*, 43(3), 609-638. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2133456>
- Flick, U. (2018). *Doing grounded theory*. Sage Publications.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine Transaction.
- Hamui, A. & Varela, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2(5), 55-60.
- Jiménez, R., García, E. & Cardeñoso, J. (2017). Teoría fundamentada: estrategia para la generación teórica desde datos empíricos. *Campo Abierto. Revista de Educación*, 36(1), 29-46. <https://doi.org/10.17398/0213-9529.36.1.29>
- Kenny, M. & Fourie, R. (2015). Contrasting classic, straussian, and constructivist grounded theory: methodological and philosophical conflicts. *Qualitative Report*, 20(8), 1270-1289. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2251>
- López, L., Leal, S. & Giraldo, L. (2016). Situación del adulto mayor como usuario de internet, en relación a su red personal primaria, con parientes migrantes en Quindío- Colombia. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 25(49-1). <https://doi.org/10.20983/noesis.2016.12.6>
- Moctezuma, G. (2000). *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/id/80>
- O' Connor, A., Carpenter, B. & Coughlan, B. (2019). An exploration of key issues in the debate between classic and constructivist grounded theory. *The Grounded Theory Review*, 17(1), 90-103.
- Pérez, B., Sagner, J. & Elgueta, H. (2020). Despenalización del aborto en Chile: una aproximación mixta desde la percepción del aborto en población comunitaria. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 485-492. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.004>

- Qureshi, H. & Ünlü, Z. (2020). Beyond the paradigm conflicts: a four-step coding instrument for grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 19. <https://doi.org/10.1177/1609406920928188>
- Rocha, M., Santiago, S. & Andrade, W. (2022). (Re) descubriendo a teoria fundamentada para a pesquisa em enfermagem: reflexões sobre a vertente relativista. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), e67003-e67003. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.67003>
- Rodríguez, K., Rodríguez, A. & Agoff, C. (2023). Acoso y hostigamiento sexual en universitarias: emociones ante estas formas de violencia de género y su afrontamiento. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 32(63). <https://doi.org/10.20983/noesis.2023.1.2>
- Santos, J., Cunha, K., Adamy, E., Backes, M., Leite, J. & Sousa, F. (2018). Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the grounded theory. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 52, e03303. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Paidós.
- Tena, C., Ruelas, J., Sánchez, A., Rivera, A., Moctezuma, G., Manuel, A., Ramírez, A. & Casares, L. (2002). Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(6), 523-529.
- Valles, M. (2024). Awareness of Ageism While Researching Multiple Minority Discrimination: A Discourse and Grounded Theory Analysis Revisiting Own Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 30(3-4), 345-353. <https://doi.org/10.1177/10778004221144068>
- Vander, K. (2022). What is 'theory' in grounded theory? *Grounded Theory Review. An International Journal*, 21(2). <https://groundedtheoryreview.com/2022/12/31/what-is-theory-in-grounded-theory/>
- Wilson, K. (2004). Relating the categories in grounded theory analysis: using a conditional relationship guide and reflective coding matrix. *The Qualitative Report*, 9(1), 112-126. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2004.1940>
- Wilson, K. & Howell, D. (2008). Clarifying analysis and interpretation in grounded theory: using a conditional relationship guide and reflective coding matrix. *International Journal of Qualitative Methods*, 7(2), 1-15. <https://doi.org/10.1177/160940690800700201>