

El uso de grupos focalizados para el análisis de la recepción de discursos sobre la vida saludable y la exploración de prácticas de cuidado de la salud.

Betina Freidin.

Cita:

Betina Freidin (2013). *El uso de grupos focalizados para el análisis de la recepción de discursos sobre la vida saludable y la exploración de prácticas de cuidado de la salud*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/626>

X Jornadas de sociología de la UBA
20 años de pensar y repensar la sociología:
Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI

1 a 6 de Julio de 2013

Mesa 65: Discursos y prácticas sociales de cuidado de la salud: enfoques teóricos y aportes empíricos

El uso de grupos focalizados en el análisis de la recepción de discursos sobre la vida saludable y la exploración de prácticas de cuidado de la salud

Betina Freidin

Resumen

El propósito de esta presentación es reflexionar sobre los supuestos teórico-metodológicos a partir de los cuales utilizamos grupos focalizados en una investigación en curso sobre prácticas de cuidado de la salud en el AMBA con sectores medios y bajos, en un contexto de diversificación de opciones de cuidado, una mayor cobertura mediática de dichas opciones, la implementación de políticas públicas de promoción de hábitos de vida saludables, y el crecimiento de la industria vinculada con la vida sana. Nos centramos en esta presentación en dos aspectos: 1) La decisión de realizar entrevistas grupales para indagar la recepción de discursos mediáticos, publicitarios y de los especialistas sobre estos temas y cómo se posicionan los sujetos frente a ellos, y las prácticas de cuidado que efectivamente implementan; y 2) El diseño de los grupos (selección de los participantes, construcción de la guía, y la inclusión de materiales audiovisuales para organizar el debate grupal), teniendo en consideración los criterios convencionales para la conformación de los grupos, así como posturas críticas en el campo de la sociología y los estudios sobre comunicación. Damos cuenta de la instancia de planificación inicial de los grupos, así como de su revisión y ajuste tras el inicio del trabajo de campo.

Introducción

Esta presentación se enmarca en un proyecto UBACyT recientemente iniciado, en el que exploramos cómo se posicionan los sujetos frente a los discursos especializados que promueven la búsqueda del bienestar y la responsabilidad individual en el cuidado de la salud a través de los hábitos de vida y las consultas médicas preventivas, los mensajes publicitarios de la industria del bienestar y la salud vinculada fundamentalmente con la alimentación, y la difusión de información sobre la temática que crecientemente realizan los medios de comunicación masiva e Internet¹. Por posicionamiento entendemos la recepción de los mismos en términos de atención, aceptación o bien cuestionamiento evaluación crítica y/o resistencia, teniendo en cuenta la resonancia que generan, las prioridades frente a otros mandatos culturales y demandas de la vida cotidiana, y la

¹ - Subsidio UBACyT 2012-2014, 20020110200178, *¿En búsqueda de la salud holística? Discursos de cuidado de la salud, desigualdad social, y estilos de vida*. Integran el equipo de investigación: Matías Ballesteros, Mercedes Krause, Pablo Borda, y Julia Bonetto, bajo la dirección de Betina Freidin.

percepción diferencial de riesgos y vulnerabilidad de los sujetos. Asimismo, indagamos las prácticas de cuidado que los sujetos efectivamente implementan, y las dificultades e impedimentos que encuentran para realizarlas, teniendo en cuenta la edad, el género y la clase social. En este sentido, el objetivo general que articula el estudio es analizar cómo los individuos de distintas clases sociales, edad y género interpretan el “imperativo de la salud” en el marco de sus condiciones de vida y realidades cotidianas, con qué capacidad de acción se perciben para realizar prácticas específicas para mejorar o mantener su salud en función de los riesgos que visualizan y concepciones de cuidado apropiado y/o posible, y cómo a partir de dichas posibilidades e interpretaciones desarrollan determinadas prácticas.

La investigación está planteada en dos etapas de trabajo de campo; la primera con grupos focalizados y la segunda con la realización de entrevistas individuales. En esta ponencia nos centramos en la primera etapa, y específicamente reflexionamos sobre la pertinencia de las entrevistas grupales para desarrollar nuestro objetivo de investigación, y los desafíos que se nos han presentado en su planificación e implementación, en lo que respecta a la selección de los participantes y la elaboración de la guía a la luz de contingencias del trabajo de campo, así como la flexibilidad que caracteriza al diseño de un estudio cualitativo.

Como el estudio está en marcha, y en su fase inicial de análisis, las reflexiones que articulamos y presentamos en esta ponencia tienen un carácter preliminar.

“El imperativo de la salud”: discursos y prácticas en torno a los hábitos de vida saludables y la prevención

Unos de los rasgos de las sociedades occidentales contemporáneas es el énfasis en la responsabilidad individual en el cuidado de la salud, especialmente en los aspectos preventivos a través del desarrollo de estilos de vida saludables. El “imperativo de la salud” (Lupton 1996b) constituye un mandato cultural y moral construido por varios discursos entre los que el biomédico es el normativo y orienta las políticas de salud pública y de promoción de la salud, así como en mayor o menor medida las prácticas de los sujetos para mantener la salud o mejorar su calidad de vida (Lupton, 1996b; Conrad, 1994; Crawford, 2006; Baarts y Pederson, 2009). Conservar y mejorar la salud (*healthiness*) se ha convertido en una medida del logro personal y de la vida correcta. De ahí que las políticas y discursos sobre la promoción de la salud, desde una mirada foucaultiana, pueden verse, como contribuyendo a la regulación moral de la sociedad, valorizando positivamente determinados grupos sociales y marginalizando a otros, privilegiando y excluyendo conceptos de subjetividad y racionalidad, así como legitimando diferencialmente determinados saberes y expertos (Lupton 1996b: 4-5, y 11). De manera similar, Crawford (2006: 402) plantea que en una cultura que prioriza la salud como un valor central, las personas en gran parte construyen su identidad, y la de los otros, a partir de cuán exitosos son para adoptar prácticas saludables y para cultivar las cualidades de carácter o personalidad que las hacen posibles. La resonancia de este mandato, sin embargo, varía entre los distintos sectores y grupos sociales, siendo los sectores medios profesionales los que mayormente adoptan la nueva “conciencia sobre la salud” que se cristaliza en estilos de vida normativamente construidos como saludables y deseables (Crawford 2006: 408; Conrad 1994; Bourdieu 1984). En palabras de Lupton (1996b: 131):

Como muchas otras instituciones y agencias contemporáneas, los discursos y prácticas de la salud pública y de la promoción de la salud privilegian un cierto

tipo de sujeto, un sujeto que se autoregula, tiene conciencia del cuidado de la salud, es de clase media, racional, y civilizado. También privilegian un cuerpo que se contiene bajo el control de la voluntad.

El imperativo de la salud como rasgo distintivo de las sociedades contemporáneas ocurre en un contexto epidemiológico en el que se han incrementado las causas de muerte y morbilidad debido a enfermedades no transmisibles con etiologías múltiples, y para las que intervenciones eficaces de la biomedicina son limitadas (Cockerman, 2000). Coexiste la medicalización progresiva del riesgo de desarrollar enfermedades a través del diagnóstico temprano de factores de riesgo (desde tests genéticos hasta análisis de rutina de niveles de colesterol en sangre [Menendez, 2009; Timmermans y Buchbinder, 2010]), con la “*healthicization*” de la vida cotidiana (Conrad, 1994; Lupton, 1996b; Menendez, 2009) para mantener y mejorar la salud mediante el estilo de vida (seguir una dieta balanceada, hacer ejercicios físicos, disminuir el stress y el consumo de alcohol, no fumar, etc.). El cuidado de la salud se articula con un ideal de corporalidad que responde a los valores estéticos de la delgadez, la belleza, y la juventud. Así es que, como lo plantea Lupton entre otros autores, la dieta apropiada y los regímenes corporales no solo son promovidos, y adoptados, por sus beneficios puntuales para la salud sino como medios para alcanzar el ideal contemporáneo del cuerpo atractivo y en buena forma: “*la recompensa son las promesas de una buena salud, longevidad, y la de un cuerpo delgado, juvenil y atractivo*” (Lupton 1996a:137).

Paralelamente, la emergencia de nuevas enfermedades infecciosas y su expansión global—lo que la literatura denomina *pandemics*—ponen asimismo en primer plano las prácticas preventivas que además de intervenciones médicas (por ejemplo, vacunas) requieren de una atención creciente a los que los sujetos por sí mismos pueden hacer para evitar el riesgo del contagio. En este sentido, “*la atención hacia la salud es al mismo tiempo una conciencia de los peligros, una conciencia y sensibilidad de daños potenciales crecientemente omnipresentes y pervasivos. El imperativo de la salud es un mandato de identificación de riesgos para poder controlarlos* (Crawford 2006: 203).

Al discurso biomédico se contraponen, o bien se acomodan de manera complementaria, los de una variedad de medicinas y terapias alternativas u holísticas que destacan su potencial curativo, pero por sobre todo la prevención, el bienestar psico-físico y espiritual, el cuidado personalizado, y el rol activo del individuo en el cuidado integral de la salud (Lowenberg y Davies, 1994; Goldstein, 2000; Crawford, 2006; Baarts y Pederson, 2009). Sointu (2012:9) enfatiza que las medicinas alternativas resuenan o se alinean con los valores contemporáneos de la búsqueda del bienestar como desarrollo del potencial individual, la autoexploración y el autoconocimiento, y la responsabilidad individual del cuidado (también Goldstein, 2000; y Heelas et al., 2005). Mientras algunos autores plantean el potencial contrahegemónico de las medicinas y terapias alternativas —frente al reduccionismo biologicista, y la dominancia cultural e institucional del saber biomédico y sus expertos (Wolpe 1999)—, otros autores como Crawford (2006), por el contrario, critican el movimiento holístico en el continuo medicalización-*healthicization* de cada vez más esferas de la vida cotidiana y su concomitante exacerbación de la culpabilidad individual en la búsqueda del ideal de bienestar psicofísico y espiritual (2006: 410-411).

Ambos discursos, el biomédico y los alternativos, están promovidos por una creciente industria de la salud (liderada por laboratorios farmacéuticos y empresas alimenticias) y el nicho del mercado en expansión del bienestar, el turismo terapéutico, la literatura de autocuidado holístico, los remedios y los productos naturales, los

alimentos saludables y orgánicos, etc. Como lo sintetiza Crawford (2006: 404), la búsqueda de la salud, como una práctica dominante contemporánea, comanda una gran cantidad de recursos sociales, atraviesa a los principales campos institucionales (salud, educación, medios de comunicación, y el ámbito familiar) y genera un proceso de profesionalización y comercialización de productos, servicios y conocimientos (también Goldstein 1999).

Desde el punto de vista socio-cultural, el imperativo de la salud refleja procesos más generales de individuación y autocontrol, en un contexto de mayor información sobre opciones de cuidado de la salud y de regímenes corporales, divulgación pública del conocimiento médico, y la coexistencia de una multiplicidad de expertos en materia de salud, alimentación, y regímenes corporales (Giddens, 1991; Melucci, 1996; Beck, 1999; Williams y Calnan, 1996). Existe también mayor conciencia acerca de que el conocimiento biomédico y de las ciencias de la nutrición cambian en la medida en que las teorías se revisan a la luz de nuevos hallazgos, a la vez que prevalece el disenso en la comunidad de expertos, y el cuestionamiento de especialistas de las medicinas alternativas sobre algunas de las posturas dominantes (Giddens, 1991:121; Lupton, 1996a). Al mismo tiempo, hay mayor divulgación de los riesgos manufacturados socialmente para la salud y el medio ambiente (iatrogenia, alimentos manipulados genéticamente, tratados con agroquímicos y conservantes, contaminación ambiental, etc). Para Giddens (1991) las decisiones de cuidado de la salud expresan en el plano individual el imperativo social de elección en contextos de creciente reflexividad, incertidumbre, riesgo, y diversidad de sistemas expertos. En este escenario, el *self* y el cuerpo constituyen campos de acción ligados a proyectos reflexivos en la construcción de la identidad personal, que se materializan en los estilos de vida y la planificación de la vida en un escenario de creciente pluralidad de opciones.

Como los analistas lo remarcan, siguiendo a Bell y a Featherstone, existe contemporáneamente una tensión cultural entre la disciplina, la planificación y el autocontrol que demandan sostener hábitos de vida saludables, y el mandato de la sociedad de consumo de disfrutar de la vida a través de la adquisición de bienes sobre la base del placer y la gratificación inmediatas (Crawford 2006; Lupton 1996^a y b). Así como se valoriza el esfuerzo y la disciplina, también se valora la autoexpresión y el desarrollo personal orientados por el valor hedonista de disfrutar de la vida mediante “licencias” poco saludables vinculadas con el placer, la relajación, y la sociabilidad (Lupton 1996a: 146-148). Frente a estas demandas culturales en tensión, los sujetos desarrollan diferentes prácticas y estrategias de equilibrio, o bien de resistencia a la disciplina corporal y alimentaria (Crawford, 2006, Lupton, 1996^a; Metzl, 2010).

Como Lupton (1996b: 131) lo sintetiza, no todas las personas, ni todo el tiempo, responden al mandato del cuidado. Por un lado, contar con recursos económicos y culturales facilita desarrollar estrategias de cuidado personal y estilos de vida para mantener y mejorar la salud, creando ventajas diferenciales o bien restricciones y desventajas, según la clase social de pertenencia (Phelan, Link y Tehranifar, 2010; Williams 1995). A la desigualdad de clase, por otro lado, se agregan las diferencias de género y edad o momentos del curso de vida, así como la resistencia cultural en distintos grupos y sub-culturas a la preocupación por la salud y los regímenes corporales dominantes: *“Las prácticas de la vida cotidiana en particular son sitios donde se ‘transgreden y resignifican’ las normas culturales, y movilizadas por los individuos para propósitos que pueden o no coincidir con las políticas públicas de promoción de la salud”* (Lupton, 1996b: 131). La existencia de discursos en competencia sobre la salud y el buen vivir, y la pertenencia de los sujetos a múltiples mundos sociales o redes socioculturales (el del trabajo, los amigos, la familia, etc.), pueden llevar a los sujetos a

posicionarse de manera contextual ante valores, sentidos prácticos, y prioridades que pueden entrar en conflicto, o relativizarse situacionalmente (Lupton, 1996b; Giddens 1991).

Si bien el debate se ha desarrollado en los países centrales, “el imperativo de la salud” y el énfasis en el estilo de vida saludable es un fenómeno con creciente relevancia en Latinoamérica y Argentina (Menendez, 2009). La prensa ha cubierto el crecimiento del nicho del mercado del bienestar y de la vida saludable (Freidin y Ballesteros 2012). A la vez que los medios de comunicación han mostrado un mayor interés en el tema salud mediante la creación de secciones en periódicos y segmentos en programas radiales y televisivos, respondiendo tanto a las demandas de anunciantes de productos y servicios, agencias gubernamentales y de la sociedad civil, como de la audiencia en una cultura que promueve la salud física y mental (Waisbord, 2011; Petracci y Waisbord, 2011). Como lo plantea Waisbord (2011) la salud como tema público y categoría periodística cubre una amplia gama de contenidos que resultan en un *collage* de notas segmentadas por tipos de audiencia, y que abarcan desde la alimentación, la tecnología médica y nuevos tratamientos, hasta información sobre enfermedades crónicas y epidémicas. Gambaccini, Rodríguez Barahona, y Salerno (2011), han estudiado, en particular, el rol de los noticieros y del discurso publicitario sobre alimentos y medicamentos en la difusión de imágenes sobre salud y la construcción de ideas sobre el cuidado; y en el campo de la alimentación; y desde la perspectiva semiótica, Centochi (2011) ha rastreado la construcción histórica del discurso dietético en relación al concepto de calidad de vida y el buen vivir, tomando como caso emblemático el discurso mediático del Dr. Alberto Cormillot. Otros analistas se han centrado en el rol de los medios gráficos y televisivos en la difusión de campañas oficiales de prevención de enfermedades (Jait, 2011; Waisbord, 2011), del consumo del tabaco (Mejía 2011), y la promoción de nuevas vacunas (Vára 2011).

Junto con los trabajos que reconstruyen discursos mediáticos y publicitarios vinculados con la salud y el buen vivir, y segmentados en algunos casos por género y edad, así como el papel de los medios en la difusión de campañas oficiales, otro cuerpo de estudios se centran en las prácticas de los sujetos. Así, por ejemplo en la esfera de la alimentación, Aguirre (2010), siguiendo a Bourdieu (1984), muestra que el consumo alimentario en los sectores bajos en el AMBA responde a un patrón de necesidad, mientras que al ascender en la escala social predomina el de libertad y elección, pasando de los alimentos rendidores y que “llenen” a los saludables, “light”, y eventualmente orgánicos, orientados a preservar la salud según las recomendaciones de los expertos. Otros autores, como Traversa (2011), han analizado el repertorio de las comidas en el ámbito familiar, en los espacios socio-temporales del trabajo y la esfera de lo festivo, apuntando a las contradicciones entre la prescripción medico-sanitaria y las libertades de la rutina de la comida hogareña, por un lado, y entre la “*medicalización*” alimentaria y el disfrute del cuerpo, por el otro. Esto ocurre en un contexto de diversificación de los discursos sobre la alimentación dirigidos a los sectores más acomodados, en el que el discurso médico de la comida sana coexiste con otros discursos que se diseminan a través de programas televisivos, libros y revistas de cocina, entre ellos el *Gourmet*. Varios autores en nuestro país, paralelamente, han documentado la expansión de las medicinas y terapias alternativas, y realizado estudios de caso desde la perspectiva de los especialistas y de los seguidores-usuarios en sectores medios (Carozzi, 2000, Saizar, 2009; Bordes, 2012; Freidin y Abrutzky 2010) y en ámbitos hospitalarios públicos (Saizar, Bordes, Sarudianky, 2011; Freidin y Abrutzky, 2011). También se ha documentado patrones de utilización diferencial de los servicios de salud y los estilos de vida según condicionantes socioeconómicos, el género, y el ciclo vital (López,

Findling, y Abramzón 2005; Shufer et al.1987). Entre los adultos jóvenes si bien el cuidado médico preventivo no es prioritario—salvo en las mujeres y ligado a la salud reproductiva-- la lógica de costo-beneficio por la inversión en seguros privados incentiva la consulta preventiva (Lopez et al. 2010).

En un escenario de dominancia institucional de la biomedicina, creciente pluralidad de expertos y saberes en materia de cuidado de la salud en sus múltiples dimensiones, la persistencia de profundas desigualdades sociales para acceder a diversos tipos de recursos de salud y desarrollar estilos de vida saludables, nos preguntamos ¿Cómo las personas pertenecientes a distintas clases sociales interpretan el “imperativo de la salud” en el marco de sus condiciones de vida?;¿Con qué capacidad de acción se perciben para realizar diferentes prácticas para mejorar o mantener su salud? ¿Qué expectativas depositan en los distintos saberes y especialistas, y que lógicas y dinámicas socio-culturales expresan sus prácticas de cuidado de salud? Asimismo, ¿De qué modo los condicionamientos del género y la edad se expresan en el posicionamiento diferencial frente al imperativo de la salud frente a otros mandatos y expectativas culturales tamizadas por la experiencia personal y redes de interacción social? Explorando para ello, cómo la membresía a distintos mundos socio-culturales otorga significados específicos, y resonancias y relevancias diferenciales al mandato del cuidado y a los discursos que los articulan.

Rastreado el posicionamiento frente a los discursos y las prácticas de cuidado a través de grupos focalizados

Como lo anticipamos en la introducción, a través del trabajo de campo con grupos focalizados nos proponemos indagar los procesos de recepción y construcción de sentido de los mensajes culturales en torno al cuidado de la salud, buscando comprender cómo los sujetos se posicionan frente el mandato social y moral de mantener la salud a través del esfuerzo personal y el estilo de vida saludable, qué resonancia diferencial es posible diferenciar en distintos grupos sociales, y las prácticas de cuidado que efectivamente desarrollan, o no y su racionalidad.

El trabajo con grupos focalizados, y los métodos cualitativos en general, permiten reunir información detallada y en profundidad sobre aspectos cognitivos-racionales así como emociones y sentimientos, y construcciones intersubjetivas de la realidad (Krueger, 1988; Morgan, 1988; Carey 1996; Patton 2002). En los grupos, a partir de las intervenciones del moderador, la discusión entre los participantes actúa como un elemento central para las intervenciones individuales y el “feedback” generado favorece que los participantes cotejen sus percepciones y opiniones tras el intercambio de puntos de vista. De este modo surgen los emergentes grupales mediante algunos mecanismos discursivos tales como el disenso, el acuerdo, la reafirmación y la complementación. Como lo destacan Lunt & Livingstone (1996) este método de investigación permite simular los procesos etnográficos de conversación y discusión, ya que el grupo funciona como un contexto comunicativo que desafía y demanda elaboraciones y ejemplos de los juicios de los participantes. En este sentido, las discusiones grupales hacen visible cómo el conocimiento y las interpretaciones sobre la realidad se construyen colectivamente en la interacción social, es decir, su efecto constructivo sobre las opiniones y posiciones individuales (Freidin 2000).

Algunos autores han planteado que explorar las prácticas orientadas al cuidado de la salud presenta cierta complejidad debido a que tiende a darse por sentado y no ser objeto de un proceso especial de atención o reflexión por parte de los sujetos en su vida diaria. Así, Williams (1995), y previamente Calnan y Williams (1991), retoma la

noción de Bourdieu de *lógica práctica* —en lugar de la lógica abstracta— para dar cuenta del carácter en gran parte rutinizado del comportamiento vinculado con la salud que se logra reproducir cotidianamente sin mayor reflexión (*unthinkingly and unknowingly*) a través del *habitus* (a menos que circunstancias disruptivas como un episodio de enfermedad, una condición de salud crónica, o una situación de riesgo altere ese rasgo implícito). Williams (1991:583-4), en consecuencia, sostiene que según Bourdieu, toda investigación que busque indagar en los relatos de los sujetos sobre sus prácticas y su racionalidad, sólo reunirá justificaciones aceptadas (*official accounts*) que se distancian de la lógica práctica efectivamente en uso².

Otros autores por el contrario, argumentan que en las últimas décadas especialmente en los sectores medios educados, la “nueva conciencia de la salud”, promovida por las políticas públicas y el mercado de productos saludables y servicios profesionales, ha llevado no sólo a una mayor atención al campo de la responsabilidad individual en el cuidado sino también a que la salud sea un objeto de conversación cotidiana en las redes sociales de dichos sectores, y a ideas elaboradas e intrincadas acerca de su conservación y promoción (Crawford, 2006: 402). Giddens (1991), por su parte, presenta al sujeto de la modernidad tardía atravesado por la reflexividad que opera en los distintos campos institucionales a la luz de la nueva información, conocimientos, y evaluación de riesgos, y cuyo correlato en el plano individual es un mayor monitoreo de las decisiones personales sobre el estilo y la planificación de la vida, que afectan entre otros campos de acción a la salud y al cuerpo. Estas decisiones son constitutivas de la construcción reflexiva, y narrativa, del yo. Para Giddens (1991), la *knowledgeability* de los agentes no se limita a la conciencia discursiva de las condiciones de la acción, sino que permanece en el plano de la conciencia práctica y es integral al monitoreo reflexivo de la acción, pero no existen en principio barreras cognitivas entre la conciencia práctica y la discursiva³:

Todos los seres humanos continuamente monitorean las circunstancias de sus actividades como un componente del propio hacer, y ese monitoreo siempre tiene elementos discursivos. En otras palabras, los agentes habitualmente pueden, si se les pregunta, dar interpretaciones discursivas de la naturaleza y razones de sus comportamientos (Giddens, 1991: 35).

La creciente información pública y pluralidad de especialistas en materia de salud, y los sentimientos de confianza y duda de los legos hacia el conocimiento científico, así como hacia otros sistemas de *expertise* (Giddens, 1991; Williams y Calnan, 1996; Sharma 1996) amplían el horizonte de acción y decisión, poniendo de relieve la importancia de indagar cómo las personas, en sus redes de interacción y círculos sociales, optan por diferentes prácticas de cuidado, por aceptar algunas y cuestionar otras, los *constraints* que enfrentan, y los significados que otorgan a sus decisiones

A la luz de este debate, nosotros asumimos que los grupos focalizados constituyen una situación de interacción social particularmente fértil para explorar los posicionamientos de los sujetos ante los discursos de promoción de la salud, explorar su interés y confianza en distintas modalidades de cuidado, las tensiones que pueden

2 - “La lógica de la práctica es ser lógica hasta el punto donde ser lógico cesaría de ser práctico” (Bourdieu 1987:96, citado en Bourdieu y Wacquant 2008: 49).

3 - Por el contrario los aspectos inconcientes de la cognición y las emociones resisten ser llevados al plano de la conciencia, al hecerlo aparecen de manera distorsionada o transformada (Giddens 1991: 36; Giddens 1995).

presentarse en la vida cotidiana entre la disciplina del cuidado y el placer/ disfrute/relajación, y sus percepciones diferenciales de riesgo y vulnerabilidad frente a la enfermedad, teniendo en consideración el acceso diferencial a recursos para preservar y mejorar la salud.

Como lo señalan Lunt y Livingston (1996) los grupos constituyen similes de los procesos de producción y reproducción de significados en la vida cotidiana, a través de mecanismos tales como la conversación, la discusión pública, y los rumores. Se trata de contextos comunicativos rutinarios a los que es difícil acceder con otras estrategias de investigación, como las entrevistas individuales o las encuestas. Por su puesto, que se trata de aproximaciones o *similes*, ya que el grupo focalizado es un ambiente artificial para recrearlos. Lejos de constituir instancias neutrales, como cualquier otra práctica de investigación de campo, las entrevistas grupales constituyen el resultado de un esfuerzo colaborativo de los entrevistados y el moderador-investigador (en nuestro caso, el equipo de investigación), en el que el contenido del encuentro es el producto de un relato co-construido, o un texto negociado, de manera contextual (Fontana y Frey 2005: 696 y 716). Como Hollander (2004) lo destaca, los grupos sociales, como cualquier otra situación de investigación, son contextos sociales. Los participantes interactúan unos con otros, con el facilitador/moderador, y con otros que no están presentes pero cuya presencia imaginada los afecta. Los grupos focalizados también son contextos sociales multidimensionales. Dependiendo de la composición del grupo, los participantes pueden estar preocupados por las relaciones con los otros participantes o con el facilitador, con la consistencia de sus comentarios respecto de lo que dicen o dirían en otros contextos, con la dinámica interpersonal del grupo, con su rol en la conversación, etc. El estilo del moderador, el lugar en el que se realiza el grupo, y las expectativas depositadas en el estudio para el que se los convoca a participar, son otros componentes del contexto de reunión de datos. El carácter social, interactivo y contextual de los relatos producidos tienen implicancias importantes sobre el *self* que se presenta. En concordancia con Kamberelis y Dimitriadis (2013: 6), los grupos focalizados nos dan la oportunidad para observar al *self*, los otros y el contexto como fenómenos co-emergentes.

La orientación que seguimos en el uso de grupos focalizados es exploratoria, interpretativa y fenomenológica ya que buscamos dar cuenta del espectro de variabilidad de significados, interpretaciones y experiencias sobre el tema (Fontana y Frey 2005: 704). En el continuo que caracteriza a los grupos focalizados en términos de estructuración previa de la guía de pautas y el rol más o menos directivo del moderador, ubicamos nuestro trabajo en un punto intermedio. Si bien buscamos disminuir o mitigar la “autoridad” del investigador a través de la flexibilidad en el uso de la guía de pautas y su carácter semi-estructurado, lo que favorece que la conversación grupal de desarrolle de manera más libre y fluida permitiendo la emergencia de temas y conexiones de sentido no anticipadas (Kamberelis y Dimitriadis 2013), también buscamos la focalización sobre determinados ejes de discusión para facilitar el análisis comparativo posterior entre los grupos. Para facilitar la discusión, y encauzarla hacia diferentes dimensiones del cuidado, seleccionamos material periodístico, publicitario, y de revistas sobre medicinas naturales y “vida sana” que contienen mensajes culturales sobre hábitos de vida y alimentación saludable desde distintos sistemas expertos (biomédico y alternativos). Incluimos también dos spots de una campaña de promoción de la salud elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación sobre hábitos de vida saludables, centrados en la alimentación y el ejercicio. Introducimos estos materiales audiovisuales en una instancia avanzada de la discusión, previo a explorar de manera más abierta la información de los participantes sobre hábitos de vida saludables, su atención a los mensajes en formatos publicitarios y a las recomendaciones de los

especialistas y los medios, cómo circula y se intercambian la información y los consejos sobre la salud en sus redes sociales y familiares, su propia concepción de la salud y qué consideran es importante hacer para mantenerla o mejorarla.

La conformación de los grupos y la evaluación de la dinámica de los encuentros

La lógica que generalmente se sigue en la conformación de los grupos focalizados es que sean homogéneos internamente y heterogéneos entre sí, teniendo en cuenta aspectos diferenciadores centrales para el estudio en cuestión, en nuestro caso, clase social, edad y género (Knodel 1988). Se busca que los integrantes de los grupos tengan experiencias sociales y *background* culturales comunes para facilitar el intercambio durante los encuentros y la comodidad de los participantes. Además de estos criterios estructurales nosotros consideramos uno adicional, que es conformar algunos grupos de personas seguidoras o usuarias de medicinas alternativas para profundizar en sus perspectivas y experiencias. El “reclutamiento” de los participantes es un tema clave en la conformación de los grupos. Para constituir los grupos de clase media, como se hace habitualmente (Lupton 1996; Otamendi y Otero 2007; Freidin, 2010), planeamos contactar a las personas a través de las redes personales y profesionales de los miembros del equipo. Para la realización de los grupos con personas de clase trabajadora planificamos contactaremos con ONGs, organizaciones barriales y equipos de la UBA que trabajan en proyectos de extensión universitaria con los que algunos de los miembros del equipo están vinculados para que nos faciliten el acceso.

¿Grupos de conocidos o desconocidos? ¿Dónde y cuándo realizarlos?

Una de las decisiones que tuvimos que tomar fue si conformaríamos los grupos con personas que se conocían previamente o no. Si bien la literatura más ortodoxa se inclina por la conformación de grupos de desconocidos para evitar que se reproduzcan dinámicas propias de las relaciones sociales que caracterizan a los grupos reales (por ejemplo, de poder o jerarquía) y, por lo tanto, facilitar el control del grupo por parte de investigador-moderador (Lunt y Livingston 1996), los estudios más recientes se inclinan por convocar a grupos reales (de amigos, familiares, vecinos, compañeros de estudios, etc).

Trabajar con redes sociales preexistentes facilita conformar el grupo mediante distintas estrategias. Se puede recurrir al mecanismo de bola de nieve por el que se contacta a un miembro de la red y este a su vez convoca a sus conocidos, o bien, se puede recurrir a organizaciones o instituciones y se planifica realizar las sesiones grupales con sus miembros (Kamberelis y Dimitriadis 2013; Morgan y Krueger 1988). Una tercera alternativa es “crear” de algún modo al grupo a través del estudio, realizando varios encuentros con las mismas personas para que con el tiempo conformen su propia cultura, preocupaciones e intereses (Burguess et al., 1991, citado en Lunt y Livingston, 1996). Kitzinger (1994: 105) argumenta que trabajar con grupos preexistentes aproxima a los investigadores a fragmentos de interacción social más “naturales”, cercanos a los que podrían resultar de un trabajo etnográfico (obviamente, como lo hemos planteado en los párrafos precedentes esta “aproximación más natural” está lejos de enmarcarse en una postura del naturalismo *ingenuo*. El conocimiento previo facilita además que los relatos de los participantes se conecten con experiencias compartidas, así como que puedan desafiarse unos a otros cuando los que relatan y “profesan” nos es lo que efectivamente hacen. Cuando se trabaja con grupos de

conocidos suele recomendarse realizar varios grupos diferentes para observar posibles aspectos idiosincráticos en cada uno de ellos (Morgan y Krueger, 1988).

En nuestro estudio comenzamos realizando los grupos de clase media. Decidimos recurrir al mecanismo de bola de nieve contactando a una persona de la red personal de los miembros del equipo de investigación y a través de ella a sus conocidos. Esta decisión facilitó la posibilidad de realizar efectivamente cada encuentro en un horario acordado por todos, y en un lugar que les era familiar (la casa o lugar de trabajo de uno de los miembros de la red), que es otro requisito crucial para el éxito de los grupos. Observamos que operó un mecanismo de solidaridad, compromiso y reciprocidad entre los miembros del grupo en la motivación para participar en el estudio por la relación entre los participantes (o la del “reclutador informal”) y uno de los miembros del equipo de investigación, y entre ellos para cumplir con el día y horario acordado para reunirnos. Esta logística si bien no es condición suficiente para el “éxito” de los grupos, si es una condición necesaria para llevar adelante el estudio en los tiempos institucionales de las investigaciones académicas que dependen de agencias de financiamiento.

La duración de los encuentros y la revisión de la guía de pautas

La duración y el *ritmo* de cada encuentro es otro aspecto clave en el trabajo de campo con grupos focalizados. Si bien en la etapa de elaboración de la guía se busca “calibrarla” para que los encuentros no excedan los tiempos ideales de duración (entre una hora y media y dos horas) lo cierto es que no es hasta que se lleva a cabo cada encuentro que se puede observar cómo funciona. A través de sucesivos borradores de la guía de pautas, nosotros habíamos previsto una duración de una hora y media de discusión, contemplando un mínimo tiempo adicional para que arribaran todos los participantes al lugar, llenaran un pequeño cuestionario con sus datos personales y leyeran y firmaran la carta de consentimiento informado. Con el uso flexible de la guía en cada encuentro esperábamos que la temática les resultara amena y despertara su interés por participar de la conversación. La inclusión de material audiovisual tuvo este propósito, además de facilitarnos una focalización progresiva en temas más específicos sobre el cuidado (la alimentación, el trabajo con el cuerpo, la dimensión emocional y mental de la salud, y el aspecto ambiental).

Hasta la fecha hemos realizado tres grupos con jóvenes de clase media, dos durante un día de la semana y uno durante el fin de semana. Los tres comenzaron a las 20hs porque ese fue el horario preferido por los participantes. La duración mínima fue de dos horas, tanto en los grupos de mujeres como de varones. Aunque después de los encuentros los participantes manifestaron espontáneamente que la habían pasado muy bien y que habían disfrutado de la charla, a nosotros nos preocupó un poco la duración – especialmente cuando los entrevistados elegían reunirse finalizada su jornadas laboral-- e intentamos reducirla modificando la guía, después del segundo grupo. Así es que decidimos probar cuál sería la duración si prescindíamos de pasar los spots publicitarios y de campañas oficiales, y los titulares de notas periodísticas (que en total cubrían aproximadamente 8 minutos). Esta decisión obedeció también a que notamos, sobre todo en el segundo grupo, que introducirlos no agrega temas sustancialmente diferentes o enriquecía la charla de manera significativa a lo que había surgido de manera menos directiva con las preguntas iniciales contempladas en la guía y las repreguntas elaboradas in situ (*probes*) para profundizar y seguir los comentarios de los participantes. Para nuestra sorpresa, la duración del tercer grupo fue la misma.

En este momento del trabajo de campo nos encontramos evaluando cómo seguir utilizando la guía en función de la experiencia de campo hasta ahora reunida y el *feedback* de los participantes de los grupos.

Bibliografía

- Aguirre, P. (2006). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Beck, U. (1999). *World Risk Society*, Cambridge: Polity Press.
- Bordes, M. (2012). *Construcciones y transacciones de sentido en torno al cuidado de la salud en el contexto de una terapia no-convencional: la Reflexología*. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Bourdieu, P. (1984). *La distinción: Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. y L. Wacquant (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Centocchi, C. (2011). No despertarás la gula: Los alimentos en el discurso de la dietética, En Traversa, O. (Comp.). *Comer, beber, hablar: Semióticas culinarias*. Buenos Aires: La Crujía.
- Conrad, P. (1994). Wellness as Virtue: Morality and the Pursuit of Health. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 18, 385-401.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10 (4), 401-420.
- Eynard, M y R. I. Drovetta (2011). El vector subversivo: la epidemia de dengue en abril de 2009 en la ciudad de Córdoba y su construcción desde la prensa escrita local. En Petracchi, M. y S. Waibord (Coord.) *Comunicación y salud en Argentina*, Buenos Aires: La Crujía. Pp. 89-116.
- Fontana, A. y J.H. Frey (2005). "The interview: From Neutral Stance to Political Involvement", en Denzin, N. e Y. Lincoln (Ed.) *Handbook of Qualitative Research. Third Edition*. Londres: Sage.
- Freidín, B y Ballesteros, M. (2012). La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del Ayurveda en la prensa argentina. *Papeles de Trabajo*, 9: 1-32.
- Freidín, B. y Abrutzky, R. (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 15 (37):505-18.
- Freidín, B. y Abrutzky, R. (2010). Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Documentos de Trabajo: 54).

- Gambaccini, A., P. Ramirez Barahona y V. Salerno (2011). "La salud que muestra la TV", en Petracchi, M. y S. Waibord (Coord.) *Comunicación y salud en Argentina*, Buenos Aires: La Crujía. Pp. 65-88.
- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la Teoría de la estructuración*, Bs As, Amorrortu.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity*, Stanford: Stanford University Press.
- Goldstein, M. (1999). *Alternative Health Care: Medicine, Miracle, or Mirage?*, Filadelfia: Temple Press.
- Hollander, J. (2004). "The social contexts of focus groups", *Journal of Contemporary Ethnography*, 33(5): 602-637.
- Kamberelis, G. y G. Demitriadis (2013). *Focus Groups: From structured interviews to collective conversations*. London: Routledge.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1): 103-121.
- Menendez, E.L. (2009) *De sujetos, saberes, y estructuras*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lopez, E., L. Findling, M. P. Lehner, M. Ponce, M. P. Venturiello, S. Mario y L. Champalbert (2010). "Cuidado de la salud, prácticas preventivas y género en estratos medios de la Ciudad de Buenos Aires", VI Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 9 y 10 de diciembre.
- López, L., Findling, M. y Abramzon, M. (2005). *Desigualdades en la percepción de morbilidad y en las conductas frente al cuidado de la salud*. Buenos Aires: CEDES.
- Lunt, P. y Livingstone, S. (1996). "Rethinking the Focus Groups in Media and Communication Research", *Journal of Communications* 46(2):79-98.
- Lupton D. (1996a). *Food, the body, and the self*. London: SAGE
- Lupton, D. (1996b). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, London: Sage.
- Morgan, D.L. y R.A. Krueger (1988). When to Use Focus Groups and Why, en Morgan D. (ed.) *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. London: Sage.
- Menendez, E.L. (2009). *De sujetos, saberes, y estructuras*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Otamendi, M. A. y M. P. Otero (2007). *Valoraciones sobre seguridad y tenencia de armas de fuego en Buenos Aires: un estudio con grupos focales*. En Sautu, R. (Comp) *Práctica de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. La articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas*, Buenos Aires, Lumiere.

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, London: Sage.
- Petracci, M. y S. Waibord (2011). “Introducción”, en Petracci, M. y S. Waibord (Coord.) *Comunicación y salud en Argentina*, Buenos Aires: La Crujía. Pp. 9-23.
- Saizar, M. (2009). *De Krishna a Chopra: Filosofía y Prácticas del Yoga en Buenos Aires*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Sharma, U. (1996). *Using Complementary Therapies: A challenge to Orthodox medicine?*. En Williams, S. y Calnan, M. (Eds.) *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. London: UCL Press.
- Schufel, M. et al (1987). *Estrategias familiares en relación a la atención de la salud*. Buenos Aires: Informe CONICET, Mimeo.
- Traversa, O. (2011a). *Hábitos alimentarios y construcciones discursivas*. En Traversa, O. (Comp.). *Comer, beber, hablar: Semióticas culinarias*. Buenos Aires: La Crujía.
- Waisbord, S. (2011). “Cuando la salud es titular: Dengue, gripe A, y “ciclos mediáticos epidémicos”. En Petracci, M. y S. Waibord (Coord.) *Comunicación y salud en Argentina*, Buenos Aires: La Crujía. Pp. 185-197.
- Williams, J. y Calnan, M. (1996). The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and The Lay Populace in 'Late' Modernity", *Social Sciences and Medicine*, 42, 12, 1609-1620.
- Wolpe, P.R. (1999). “From Quackery to ‘integrated care’; Power, Politics, and Alternative Medicine”, *The Center for Frontier Sciences*, 8 (1): 10-12.