



Relmecs, junio 2016, vol. 6, no. 1, e004, ISSN 1853-7863
Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales.
Red Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales

Revisando el uso de grupos focalizados en la investigación social

Revisiting the use of focus group in social research

Betina Freidin

Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, CONICET, Argentina | freidinbetina@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Grupos focalizados
Composición
Interacción grupal
Análisis de los datos
Salud

RESUMEN

Las reflexiones metodológicas sobre grupos focalizados (GF) de este artículo tienen como punto de partida una investigación con sectores medios del Área Metropolitana de Buenos Aires. El estudio de referencia aborda los discursos y prácticas de cuidado de la salud en el escenario contemporáneo caracterizado por la diversificación de especialistas, la creciente cobertura mediática de recomendaciones sobre la vida sana y el bienestar, la implementación de políticas públicas de promoción de la salud, y el crecimiento de la industria de productos y servicios vinculados con la temática. El objetivo del artículo es reflexionar, a partir de nuestra experiencia de investigación, sobre dos aspectos que han recibido especial atención en la literatura metodológica más reciente: los criterios para componer los grupos y sus consecuencias para la dinámica de las conversaciones grupales, y las estrategias para dar cuenta de la interacción grupal en el análisis de los datos. En este último eje exploramos el potencial de los GF para observar el trabajo identitario vinculado con el cuidado de la salud. Enmarcamos nuestro estudio y las decisiones metodológicas tomadas en los debates actuales sobre la variedad de usos de los GF.

KEYWORDS

Focus group
Composition
Group interaction
Data analysis
Health

ABSTRACT

The methodological reflections on focus groups presented in this article draw from a research project on middle-class people living in Metropolitan Buenos Aires. The study addresses health discourses and practices in the contemporary scenario characterized by the diversification of specialists, the growing media coverage of recommendations of healthy living and wellbeing, the implementation of public policies on health promotion, and the expansion of the industry of related products and services. The objective of the article is to reflect, based on our fieldwork experience, on two aspects that have received special attention in the recent methodological literature: the criteria to compose the groups and their consequences on the conversational dynamic, and the strategies to account for the group interaction in data analysis. Included in the latter, we explore the potential of GF research to observe health identity work. We frame our study and the decisions about design issues into the current debates on the variety of uses of the research group methodology.

1. Introducción: los grupos focalizados en la investigación social ¹

En las últimas décadas los grupos focalizados (GF) han pasado a integrar el repertorio metodológico de la investigación cualitativa en las ciencias sociales, y crecientemente su estatus como método de investigación

Recibido: 5 de noviembre de 2014 | Aceptado: 13 de julio de 2015 | Publicado: 7 de junio de 2016

Cita sugerida: Freidin, B. (2016). Revisando el uso de grupos focalizados en la investigación social. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 6(1), e004. Recuperado a partir de: <http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs06n01a04>



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR

ha sido objeto de revisión crítica. Revisión que se enmarca en debates epistemológicos y políticos más amplios que atraviesan el campo de la investigación cualitativa (Denzin y Lincoln, 2000; Hollander, 2004; Kamberelis y Dimitriadis, 2013). Así, de ser una técnica utilizada en estudios sobre los efectos de la propaganda política en sociología bajo las premisas del positivismo y el funcionalismo en los años 40 y posteriormente incorporada en los estudios de mercado y la consultoría política, contemporáneamente los GF han sido revisados y reconceptualizados desde enfoques teóricos críticos. Se los ha considerado, por ejemplo, como espacios comunicativos de empoderamiento vinculados con proyectos de cambio social y cultural para intervenir en relaciones sociales opresivas, desde distintas perspectivas tales como el feminismo, los estudios étnicos, o la radicalización democrática (Johnson, 1996; Padilla, 1993; Madriz, 2000; Kamberelis y Dimitriadis, 2013; Ibañez, 1991, citado en Valles, 1994), priorizando la investigación dialógica y participativa². Paralelamente a esta reformulación más radicalizada de los grupos focalizados, otros autores promueven enfoques críticos desde perspectivas interpretativistas, fenomenológicas, y post-estructuralistas (Frey y Fontana, 1993; Kamberelis y Dimitriadis, 2013; Lunt y Livingston, 1996). Estos otros usos de los GF se alinean con el denominado “giro interpretativo” a partir del cual se pone en primer plano la construcción intersubjetiva de la realidad, y el carácter parcial y situado del conocimiento (Kamberelis y Dimitriadis, 2013). Dada la multiplicidad de usos de los GF en la investigación social, los autores concluyen que:

Los grupos focalizados han estado en constante movimiento en las últimas seis décadas o más. Se han movido a través de epistemologías, desde el positivismo y el post-positivismo hasta el constructivismo y el post-estructuralismo. Se han movido entre las disciplinas, desde la sociología a los estudios de los medios y las ciencias de la educación. [...] Las preocupaciones y tensiones que caracterizan a la investigación pionera con grupos persisten en la actualidad. Y un número adicional se han agregado, además de proliferar potencialidades imaginadas sobre su uso. Debido a este escenario de investigación complejo y variado, el investigador se ve forzado a re-imaginar su propio rol en la investigación cuando utiliza grupos (Kamberelis y Dimitriadis, 2013: 12).

Por su parte, Morgan y Bottorff (2010: 579), reflexionando sobre el creciente y variado uso de los GF en la investigación social en general, y en el campo de la salud en particular, nos advierten que:

No hay una única forma correcta de hacer grupos focalizados, por el contrario hay muchas opciones diferentes, y para cada proyecto de investigación los investigadores tienen que encontrar la manera de utilizarlos que se ajuste con los propósitos del estudio.

En nuestro estudio con GF seguimos una perspectiva interpretativista para indagar el posicionamiento de los sujetos frente al imperativo del cuidado de la salud y la responsabilidad personal en el desarrollo de hábitos de vida saludables, en el escenario contemporáneo caracterizado por la diversificación de especialistas, la creciente cobertura mediática de recomendaciones sobre la vida sana y la búsqueda del bienestar, la implementación de políticas públicas de promoción de hábitos de vida saludables, y el crecimiento de la industria de productos y servicios vinculados con la temática³. Siguiendo a Kamberelis y Dimitriadis (2013: 37), desde esta postura epistemológica buscamos generar interpretaciones ricas, complejas y aun contradictorias sobre cómo la gente asigna significado e interpreta sus experiencias de vida, sin desatender a cómo los resultados de la investigación pueden constituirse en insumos para políticas sociales y sanitarias que reviertan la inequidad social en el acceso a recursos de salud, y que legitimen el pluralismo terapéutico.

En la próxima sección del artículo presentamos cómo han sido conceptualizados los GF, y destacamos la pertinencia de utilizar esta estrategia metodológica en la investigación cualitativa sobre prácticas de cuidado de la salud. Posteriormente nos centramos en dos ejes referidos al trabajo de campo que han sido objeto de

especial revisión en la literatura metodológica más reciente: los criterios para componer los grupos con sus consecuencias para la dinámica de las conversaciones grupales, y de qué modo introducir la interacción grupal en el análisis de los datos. En este último punto, también exploramos el potencial de los GF para observar el trabajo identitario vinculado con el cuidado de la salud. En las distintas secciones explicitamos las decisiones de diseño que tomamos en nuestro estudio enmarcándolas en los debates teórico-metodológicos más generales sobre GF, y reflexionamos sobre sus implicancias para la investigación cualitativa en salud.

2. Definiendo a los grupos focalizados y evaluando su potencial en la investigación sobre prácticas de cuidado de la salud

En la literatura metodológica podemos encontrar distintas conceptualizaciones sobre los rasgos distintivos de los GF. Por ejemplo, Liamputtong (2011) sostiene que se trata de una conversación informal sobre un tema o conjunto de temas entre un grupo seleccionado de participantes; Johnson (1996) los define como una discusión grupal focalizada por un moderador alrededor de un tema o área de experiencia; Krueger (1988) subraya que un GF es una discusión planificada diseñada para obtener las percepciones de los participantes en un área definida de interés en un ambiente permisivo y no amenazante; y Gil Flores, García Giménez y Rodríguez Gómez (1994) plantean que los GF constituyen una técnica no directiva cuyo fin es la producción controlada de un discurso colectivo, construido activamente a través de la intervención técnica del investigador-moderador. Como lo hemos destacado en la introducción, existe actualmente una variedad de usos de los GF en la investigación social acorde a las posturas epistemológicas y teóricas que coexisten en el campo de la investigación cualitativa, y a los objetivos de estudio que planteen los investigadores. Esta diversidad se refleja en las distintas conceptualizaciones y en las decisiones del diseño de los grupos, en particular en los estilos de moderación, desde los más a los menos directivos, y relacionado con lo anterior, en la estructuración previa de los temas a tratar (Krueger, 1988; Valles, 1994; Mello, 2000). Si bien en los estudios que priorizan la investigación participativa, algunos autores plantean que el moderador busca facilitar “espacios interaccionales democráticos” en los que los participantes logren apropiarse de la actividad (Kamberelis y Dimitriadis, 2013), lo cierto es que, aun con estos propósitos, la mera presencia del investigador-facilitador condiciona el carácter “no informal” de la conversación y le otorga al discurso colectivo obtenido el carácter de ser co-producido (Fontana y Frey, 2005).

Como lo sintetiza Mello (2000: 6), los GF son básicamente grupos de discusión colectiva. Facilitada por 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 constitutivo sobre las opiniones y posiciones individuales (Freidin, 2000). A diferencia de métodos basados en entrevistas personales, sean cualitativos o cuantitativos, cuando en los GF participan personas a las que no les resulta sencillo hablar sobre un tema, o que no han reflexionado demasiado sobre el mismo, el contexto grupal suele facilitar la participación y el proceso reflexivo (Morgan y Krueger, 1993).

Algunos autores han planteado que explorar las prácticas orientadas al cuidado de la salud, y los significados construidos en torno a ellas, presenta cierta complejidad debido a que estos que tienden a darse por sentados

y no son 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, solo reunirá justificaciones aceptadas (*official accounts*) que se distancian de la lógica práctica efectivamente en uso⁴

Otros autores, por el contrario, argumentan que en las últimas décadas y 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 solo 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 discursiva⁵:

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 la 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, las limitaciones que enfrentan, y los significados que otorgan a sus decisiones.

A la luz de este debate, nosotros asumimos que los GF 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 en el tema, y confianza en distintas modalidades de cuidado, las tensiones que pueden 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. Si bien los GF permiten explorar la complejidad de los comportamientos, cogniciones y emociones en torno a un tema, como Morgan y Krueger (1993) lo destacan, este nivel de comprensión no siempre se alcanza. En este sentido, los GF pueden develar que las personas son menos lógicas, pensantes, y organizadas de lo que el investigador puede suponer, y constituir por lo tanto un buen “antídoto de una visión sobreracionalizada” de los actores sociales (Morgan y Krueger, 1993: 17). El supuesto es que la interacción grupal o el “efecto de grupo” ayuda a los participantes

a explorar y clarificar sus puntos de vista, y a hacer explícitas dudas e inconsistencias en la argumentación (Liamputtong, 2011).

Como lo señalan Lunt y Livingston (1996) los grupos constituyen *símiles* 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. Destacamos que se trata de aproximaciones o *símiles*, ya que el grupo focalizado es un ambiente artificial para recrearlos, y que 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). Como Hollander (2004) lo destaca, los GF son contextos sociales multidimensionales. Los participantes interactúan unos con otros, con el facilitador/moderador, y con otros que no están presentes pero cuya presencia imaginada los afecta. Dependiendo de la composición del grupo, los participantes pueden estar preocupados por las relaciones con los otros participantes o con el moderador, 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, etcétera. 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 de los componentes del contexto de reunión de datos.

El carácter social, interactivo y contextual de los relatos producidos tiene 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, es decir, a partir de posturas postructuralistas y constructivistas⁶. En la misma línea analítica, Bamberg (2011) destaca que las conversaciones grupales constituyen espacios de interacción social para observar el trabajo identitario mediante narrativas de posicionamiento respecto de valores o repertorios culturales y discursos normativos. En el contexto de nuestro estudio, los GF permiten rastrear las identidades que los sujetos construyen en torno al cuidado de la salud y el bienestar, el cuidado del cuerpo, y el uso de distintos recursos médicos, entre otras dimensiones relacionadas con la experiencia del *embodiment* (Fox y Ward, 2008).

3. Cuestiones de diseño: ¿grupos pre-existentes o participantes que no se conocen?

Como lo especificamos anteriormente, la orientación que seguimos en el uso de grupos focalizados es exploratoria e interpretativa ya que buscamos dar cuenta del espectro de variabilidad de significados, interpretaciones y experiencias sobre un tema (Fontana y Frey, 2005; Liamputtong, 2011). 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 se 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 posterior análisis comparativo entre los grupos. Complementariamente a la guía de pautas, para encauzar la dirección hacia diferentes dimensiones del cuidado y observar el posicionamiento de los participantes, 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. Introdujimos 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 las redes sociales y familiares; sus concepciones de la salud, y qué consideran que es importante hacer para mantenerla o mejorarla.

La lógica que generalmente se sigue en la conformación de los GF es que sean homogéneos internamente y heterogéneos entre sí, a fin de tener en cuenta aspectos diferenciadores centrales para el estudio en cuestión (Knodel, 1988). Mediante la homogenización se busca que los integrantes de los grupos tengan experiencias sociales y culturales comunes para facilitar el intercambio durante los encuentros, y la comodidad de los participantes. En nuestro estudio, conformamos ocho GF con varones y mujeres de clase media. Para seleccionar a los participantes consideramos su educación formal (que tuvieran estudios secundarios completos y más) y que desarrollaran ocupaciones típicas de clase media (Sautu, 2010). Conformamos grupos homogéneos según la edad y el género, y según la condición de tener o no hijos (ver [tabla 1](#)), atributos sociodemográficos que afectan de manera diferencial las prácticas de cuidado de la salud. Como la literatura sobre GF lo destaca, “segmentar” los grupos según diferentes atributos socioculturales compartidos no solo facilita la comodidad de los participantes, sino también el análisis comparativo de los datos reunidos en términos de puntos de vistas y experiencias compartidas o contrastantes entre los subgrupos (Morgan, 1995; Knodel, 1993). Realizamos el trabajo de campo durante el año 2013 en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Tabla 1. Conformación de los grupos según características sociodemográficas

	Mujeres	Varones
20-30 años	GF1 sin hijos, 8 participantes GF2 sin hijos, 5 participantes	GF3 sin hijos, 5 participantes GF6 sin hijos, 4 participantes
30-45 años	GF7 con hijos, 4 participantes	GF5 con hijos, 4 participantes GF8 con hijos, 4 participantes
40-50 años	GF4 con hijos, 4 participantes	

La estrategia para convocar a los participantes es un tema clave en la conformación de los grupos. Una de las decisiones que tuvimos que tomar sobre este aspecto del trabajo de campo fue si conformaríamos los grupos con personas que se conocían previamente o no. Si bien la literatura más ortodoxa recomendaba 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 de la dinámica grupal por parte de investigador-moderador (Lunt y Livingston, 1996; Krueger, 1988; Carey y Asbury, 2012), los estudios más recientes se inclinan por convocar a grupos reales de amigos, familiares, vecinos, compañeros de estudios, etcétera. Se esgrimen razones tanto prácticas como sustantivas. 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 éste a su vez convoca a sus conocidos, o bien recurrir a organizaciones o instituciones y planificar las sesiones grupales con sus miembros (Kamberelis y Dimitriadis, 2013; Morgan y Krueger, 1993). 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 alinearse con una postura de naturalismo ingenuo). El conocimiento previo facilita que los relatos de los participantes se conecten con experiencias compartidas generando mayor resonancia e interés y la evocación colectiva, así como que puedan desafiarse unos a otros cuando los que relatan y profesan no es lo que efectivamente hacen (Kitzinger, 1994; Liamputtong, 2011; Kamberelis y Dimitriadis, 2013).

Para un estudio como el nuestro que aborda temas relativos al cuidado de la salud, consideramos que trabajar con GF conformados a partir de redes sociales preexistentes es particularmente pertinente. La literatura sociológica y antropológica ha destacado el rol que juegan las redes sociales en las prácticas de cuidado de la salud y en el comportamiento frente a la enfermedad (Pescosolido, 1991; Wellman, 2000; Freidin y Timmermans, 2008, entre otros). Dichas redes incluyen a profesionales de la salud (médicos y otros especialistas del sistema oficial), terapeutas alternativos, y personas legas (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etcétera) (Pescosolido, 1991). Se asume que las decisiones sobre el cuidado de la salud son parte de un proceso social y relacional en el que los miembros de las redes sociales, con los que se mantienen vínculos más o menos estrechos, no solo ofrecen información, apoyo y consejo durante episodios de enfermedad, sino que también constituyen una fuente de creencias, actitudes y conocimiento sobre opciones de cuidado y sobre la seriedad del problema de salud en juego (Pescosolido, 1991: 162; Menéndez, 2004; Freidin y Timmermans, 2008). En palabras de Pescosolido (1991:166), “la experiencia de la enfermedad es parte de la vida social y sus ritmos, está condicionada por la estructura social, y es creada y negociada en la interacción con los otros”. Los GF con redes sociales preexistentes permiten observar algunos aspectos de este flujo de intercambios de información, experiencias y saberes respecto del cuidado de la salud y del cuerpo.

Para conformar los grupos, 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. Dicha persona actuó como un “reclutador” informal. Esta estrategia facilitó la posibilidad de realizar cada encuentro en un horario acordado previamente por el grupo convocado y en un lugar que les fuera familiar (generalmente, la casa o el lugar de trabajo de uno de los miembros de la red). 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 del reclutador informal y el integrante del equipo de investigación. Aún así, y como es habitual en la convocatoria a participar de GF, en varios de los grupos al menos un potencial participante canceló su asistencia a último momento. Los grupos estuvieron compuestos por amigos, y por padres y madres que llevaban a sus hijos a la misma escuela, algunos de los cuales compartían además lazos de amistad.

Cuando se trabaja con grupos de conocidos suele recomendarse realizar varios GF para alcanzar un entendimiento del problema de estudio más allá de las preocupaciones o experiencias concretas de un grupo particular pre-existente (Morgan y Krueger, 1993: 6). Nosotros observamos este rasgo especialmente en el primer grupo conformado por ocho participantes que eran amigas muy cercanas, y que en su mayoría habían migrado a Buenos Aires con sus familias desde una pequeña ciudad del interior. En este grupo, por ejemplo, surgió espontáneamente el tema de la inseguridad a partir de experiencias personales vinculadas con robos callejeros y falsos secuestros, como una preocupación compartida por las participantes, en el marco más general de contraste entre la vida en la gran metrópoli caracterizada por el anonimato y el peligro, frente al resguardo que ofrece la pequeña ciudad en la que se criaron. Este tema solo emergió en otro grupo en el que uno de los participantes vivía en el conurbano y en cuyo proyecto de vida evaluaba la posibilidad de radicarse en un pueblo de la provincia de Buenos Aires. En los restantes grupos la cuestión urbana se vinculó con la exposición a riesgos para la salud derivados de la industrialización alimentaria, el desarrollo

tecnológico, y la concentración poblacional en la ciudad.

Si bien trabajar con grupos de conocidos fue ventajoso por razones tanto sustantivas como prácticas, esta característica generó algunas “complicaciones” para la conducción así como para el análisis de los datos. Los dos primeros grupos de jóvenes que realizamos (GF1 y GF3) estuvieron constituidos por amigos muy cercanos y los encuentros tuvieron un alto grado de informalidad, especialmente en el caso del GF3. Si bien la “naturalidad” es un efecto buscado en el trabajo de campo cualitativo, en el contexto de nuestro estudio provocó ciertas disrupciones, tales como que un participante se levantara en medio de la conversación como si estuviera en una reunión de amigos, que se generaran conversaciones cruzadas entre algunos participantes, superposiciones e interrupciones de las intervenciones individuales, así como algunos sobreentendidos y algunos códigos propios de grupos de amigos difíciles de seguir en tiempo real para una moderadora externa al grupo. Es decir que se reprodujeron en el contexto de una entrevista grupal elementos propios de “conversaciones naturales” que posteriormente dificultaron el análisis de los datos, tales como intervenciones incompletas cuyo sentido fue difícil o imposible reconstruir, o que algunos de los participantes no estuvieran presentes en tramos de la conversación. En ocasiones, sin embargo esta circunstancia pudo subsanarse solicitando a los participantes en cuestión detalles y ampliaciones con posterioridad al encuentro (por email o por teléfono). En el GF3 se sumó otra dificultad; el día y horario acordado para realizar el encuentro fue un sábado a las 19h, previo a un evento deportivo que iba a ser televisado a las 22h y que el grupo de amigos había planificado ver juntos. Como es habitual, el GF comenzó un poco más tarde por impuntualidad de algunos participantes a lo que se agregó que el evento deportivo fue transmitido media hora antes de lo anunciado. Esta circunstancia llevó a acortar la duración de la conversación y la cobertura de temas de la guía de pautas. El punto a destacar a partir de esta experiencia es que si bien acomodar la realización del GF a las prácticas y espacios de sociabilidad de un grupo preexistente puede facilitar la efectiva realización del mismo, esta ventaja se relativiza cuando preservar la “naturalidad” del grupo atenta contra la posibilidad de reunir datos más completos.

4. El tamaño del grupo

Si bien los enfoques más tradicionales evaluaban que el número ideal de participantes en un GF oscilaba entre los seis y los doce (Asbury, 1995), recientemente los investigadores se inclinan por conducir grupos más reducidos. En la revisión del número de participantes intervienen cuestiones prácticas y sustantivas. Por un lado, lograr reunir a un número considerable de personas en un día y horario convenido y por un tiempo mínimo de dos horas es muy laborioso, especialmente en la investigación académica en la que habitualmente no se recurre a reclutadores profesionales (práctica habitual en las consultoras privadas) ni se ofrecen incentivos monetarios por la participación. Esto ha llevado a que varios investigadores realicen grupos habitualmente de cuatro integrantes o incluso menos (Liamputtong, 2011; Morgan, 1995; Krueger, 1995). A las cuestiones pragmáticas se agregan consideraciones sustantivas. Así se sugiere conducir grupos más pequeños cuando el tema de conversación es sensible o reviste complejidad para que los participantes puedan explayarse sobre sus experiencias e ideas (Morgan, 1995; Krueger, 1995). Algunos autores refieren a los grupos pequeños compuestos por entre 4 y 6 miembros como “mini” GF (Krueger y Casey, 2009, citados en Liamputtong, 2011: 42) y recomiendan su uso por facilitar el intercambio de visiones y experiencias con mayor detalle generando datos más ricos e interesantes. Por el contrario grupos más numerosos hacen más dificultoso para el moderador focalizar la conversación y que las intervenciones de cada miembro sean escuchadas por el resto. En nuestro trabajo de campo pudimos observar esta dinámica. Comenzamos convocando a ocho personas para el primer grupo, porque supusimos que algunos cancelarían su asistencia a último momento, hecho que no sucedió. Este grupo, a diferencia de los restantes que estuvieron compuestos por cinco y cuatro participantes, se caracterizó por intervenciones muy breves de cada participante,

superposiciones e interrupciones de manera más o menos constante que llevaron a que no solo no se escucharan entre sí sino también a que la moderadora no pudiera prestar atención a algunas intervenciones. Por el contrario, en los grupos más reducidos cuando alguno de los tópicos les resonaba de manera personal los participantes tuvieron mayor oportunidad de expresarse en sus puntos de vista y de relatar experiencias de primera mano o de conocidos, logrando de este modo mayor profundidad en los datos reunidos sobre los temas incluidos en la guía de pautas y en los emergentes.

5. Integrando la interacción grupal en el análisis y presentación de los datos

La interacción grupal es el elemento distinto de los GF como método de investigación. La interacción produce efectos sinérgicos que llevan a que las respuestas e intervenciones de los participantes se construyan sobre la base de los aportes de los otros miembros del grupo, y da lugar a la construcción de acuerdos, falta de consenso, e incertidumbre (Liaputtong, 2011: 32). Junto con este nivel de interacción discursiva se ponen en acción dinámicas propias de los pequeños grupos, tales como la adopción de posiciones dominantes de algunos participantes, la “pereza participativa” de otros para involucrarse en la conversación, la construcción de alianzas, etcétera (Carey, 1995; Duggleby, 2005; Liamputtong, 2011; Freidin, 2000).

En un artículo reciente, Morgan (2010) reconsidera cómo la dinámica interactiva propia de los GF puede incluirse en el análisis de los datos, aclarando el punto que si bien “es la interacción en los grupos focalizados la que produce los datos, esto no equivale a decir que la interacción en sí misma es el dato” (Morgan, 2010: 718). Morgan (2010) distingue los trabajos que se focalizan en los procesos interactivos, o en el *cómo* los datos son producidos en el contexto grupal que aplican técnicas de análisis de discurso y de conversaciones, de los estudios que se centran en el contenido o en el *qué* de la conversación, incluyendo mínimamente en el análisis la dinámica interactiva que lo produce⁷. A partir de esta distinción propone algunas estrategias de incorporación de procesos interactivos en la instancia del análisis y presentación de los datos en estudios orientados al análisis temático. Dichas estrategias incluyen sintetizar procesos interactivos seguidos de breves *verbatim* de intervenciones individuales o diálogos, así como incluir extractos textuales más extensos de las conversaciones cuando un tópico genera la participación de varios participantes dando lugar al intercambio de puntos de vista y elaboraciones entre ellos.

En nuestro trabajo analítico y de presentación de los resultados incorporamos las sugerencias de Morgan (2010), atendiendo además a la diferenciación entre tipos de interacción que plantea Kitzinger (1994), y que retoma Liamputtong (2011): la *complementación* (cuando se comparten experiencias, ideas, preocupaciones y necesidades) y la *argumentación* (cuando los participantes no acuerdan en sus puntos de vista, y se cuestionan y desafían unos a otros). A continuación damos un ejemplo de cómo integramos textos analíticos y descriptivos que sintetizaban la dinámica grupal sobre algunos tópicos con extractos textuales breves de las conversaciones, o bien de intervenciones individuales que reflejaban consensos o divergencias. Nos centramos para ello en un tópico cubierto en la guía de pautas: el conocimiento y utilización de medicinas alternativas y complementarias (MAC). Nuestro estudio muestra que las mujeres más jóvenes y los varones en general estaban poco familiarizados en el uso de MAC, y que el término en sí mismo generaba dudas para dichos participantes acerca de los criterios de inclusión de prácticas y terapéuticas bajo esa rúbrica. Para dar cuenta de este hallazgo recurrimos a textos interpretativos que condensaban las dudas compartidas por los participantes, así como el trabajo de complementación a través del intercambio de información y de experiencias personales, intercalando un extracto de la conversación que ejemplificaba esta dinámica en uno de los grupos, y referencias a ejemplos individuales de otros grupos⁸:

Como lo anticipamos, indagar sobre el conocimiento y el uso de medicinas alternativas presenta

algunas dificultades. Podríamos decir a partir de nuestro trabajo de campo que, sin las reflexiones propias del debate teórico-académico desde las cuales se cuestiona el término y su alcance, las personas legas comparten dudas y tienen distintas interpretaciones respecto de qué hablamos cuando nos referimos a las medicinas alternativas. Si bien entre los usuarios de MACs que participaron de los grupos hubo un entendimiento tácito acerca del campo de las prácticas alternativas, entre las personas poco familiarizadas con las mismas surgieron dudas acerca de los criterios de demarcación, qué incluir y qué no al mapear rápidamente en el contexto de una entrevista grupal el terreno de lo alternativo. Para estos últimos participantes se trata de un campo difuso de productos, prácticas y especialistas que con cierto esfuerzo tratan de reconstruir en el contexto del diálogo grupal, partiendo de experiencias y comentarios de personas conocidas, o incluso propias, que recuerdan con poco detalle y en ocasiones con muy poco interés. Típicamente a la pregunta de la moderadora acerca de su utilización, le seguían repreguntas acerca de si la medicina o terapia en cuestión que les venía en mente encajaba o no con la definición de “alternativo” y otros adjetivos que utilizábamos de manera intercambiable. En el GF2 con mujeres más jóvenes integrado por usuarias y no usuarias de MACs, una de las participantes justificó su dificultad para reconocer si su experiencia personal encuadraba en el tema que estábamos tratando en su poca familiaridad con el mundo de la medicina alternativa y su tránsito ocasional por una de ellas. Es en el contexto de la conversación grupal con participantes con mayor y menor experiencia e información sobre la terapia en cuestión -la Reflexología- que profundiza en el recuerdo y la comprensión de dicha experiencia terapéutica:

Mara: yo no sé si cuenta, pero fui a la reflexóloga.

Moderadora: sí cuenta.

Mara: (Risas) no sé...

Moderadora: no sé ustedes... ¿qué entienden ustedes por alternativo?

Mara: yo no soy, no estoy muy metida, entonces no sé si vale o no, pero sí fui a la reflexóloga. No me acuerdo por qué fui, pero fui...

Verónica: ¿qué hace la reflexóloga?

Juana: ¿qué hace la reflexóloga?

Mara: es como... a través de los pies te va detectando cosas. No sé...

Mariana: parte de esta terapia [ella hace Healing Touch] es reflexología también.

Valeria: ¿qué, tipo, tenés dolores de algo y te los cura?

Mara: sí.

Verónica: dicen que el pie es como tu cuerpo.

Mara: claro, es como el punto del sistema nervioso, no sé cómo es...

Mariana: representa todo tu cuerpo, tipo, la cabeza, tu cuerpo.

Mara: te toca en algunos lugares y te hace bolsa, o sea, mirás las estrellas.

Valeria: uh.

Mara: y no sé si tiene que ver con la reflexología o no, o sea, no cazo una (risas) fui porque fui, medio “vi luz y entré” y, no sé la tipa me decía cosas que le pegaba, o sea, no sé si es medio bruja también (Risas).

Verónica: ¿bruja?

Valeria: medio bruja.

Mara: es medio, bueno un combo. Pero sí, fui por contracturas y me dolió.

Moderadora: y, ¿te acordás quien te recomendó? ¿Cómo es que llegaste?

Mara: mi mamá.

Moderadora: o sea que, ¿tu mamá también iba?

Mara: sí, mi mamá siempre prueba cosas distintas y me dijo, “¿por qué no vas?”. Y fui. Pero fui una vez, tenía que volver, pero no volví.

Moderadora: ¿por qué te dolió?

Mara: no, porque justo me fui de vacaciones...

Juana: sufría tanto que no quiso volver (Risas)

Mara: claro. Eh... tenía que sacar turno de vuelta cuando volviera de vacaciones y, me colgué.

Compartiendo similares dudas acerca del dominio del cuidado alternativo, en el GF6 de varones jóvenes, uno de los participantes preguntó si los téis de hierbas medicinales de compraba la

madre en el Barrio Chino, y que él utilizaba ocasionalmente como medicina casera para dolores de cabeza, correspondía a la categoría de lo alternativo, y otro integrante planteó si incluíamos a la terapia psicológica. El primer participante, sin embargo, dio por sentado que el uso medicinal de la marihuana era una experiencia de cuidado alternativo, al referirse a su interés por informarse sobre su uso como tratamiento paliativo para ayudar una amiga que sufría de cáncer. En el GF1 que comentamos más arriba, una de las participantes asoció inicialmente a las medicinas alternativas con formas de sanación y cuidado de origen oriental, y al ir desarrollándose el diálogo se plantearon dudas y confusiones para distinguir enfoques occidentales no biomédicos, tales como la Homeopatía y la Osteopatía, que fueron reforzadas por otras participantes. En ocasiones, los participantes tratan de resolver entre ellos las dudas que surgen; así en ese mismo grupo una de las integrantes planteó el interrogante si Pilates era una terapia alternativa, a lo que otra participante respondió que no lo era porque se trataba de “un ejercicio”. Estos ejemplos dejan en claro las dificultades y dudas en el trabajo cognitivo de demarcación del terreno de lo alternativo y entre distintos enfoques no biomédicos, así como los límites porosos y elásticos que los legos pueden establecer entre prácticas de cuidado convencionales y no convencionales, tal como lo ha sido documentado en otros estudios cualitativos.

6. Posicionamientos y construcciones identitarias en los grupos focales

Como lo señalamos, los grupos focalizados constituyen espacios de interacción en los que puede rastrearse la construcción identitaria en relación al cuidado de la salud y la experiencia del *embodiment* (Fox y Ward, 2008). Desde una postura postestructuralista y constructivista, el *self* es conceptualizado como en constante construcción, como una configuración particular de prácticas discursivas y materiales que está constantemente trabajando sobre sí mismo y reconstruyéndose en y por múltiples discursos y prácticas sociales (Kamberelis y Dimitriadis, 2013: 5). Autores como Giddens (1991) y Melucci (1996) ponen de relieve la centralidad de la actividad reflexiva en el trabajo identitario y la dimensión narrativa que le otorga coherencia. En un contexto sociocultural en el que las opciones de acción se han diversificado por los procesos de globalización cultural, el mayor acceso a la información a través de las nuevas tecnologías de la comunicación y por la mediatización de la experiencia, las prácticas de cuidado de la salud son vistas como “marcas” (*markers*) de opciones de estilos de vida. Al no haber una autoridad final en materia del cuidado de la salud y al coexistir múltiples especialistas, estas condiciones crean la posibilidad de empoderamiento de los sujetos para decidir cursos de acción, en términos de mayores márgenes de autonomía, escepticismo y crítica (Giddens, 1991). Estas decisiones, sin embargo, no escapan a las ambivalencias, ansiedades, e incertidumbres de los individuos que viven en un orden social postradicional, y resultan de una combinación de escepticismo y apoyo condicional así como de un componente de “fe” en los sistemas expertos y los especialistas. Para Giddens (1991), si bien en las sociedades capitalistas contemporáneas las fuerzas del mercado influyen en los proyectos del *self* en términos de co-modificación del consumo de bienes y servicios en la conformación de estilos de vida (ver Crawford, 2006), los agentes no son pasivamente manipulados por dichas fuerzas. Como consumidores reflexivos, tienen la capacidad de reaccionar de forma creativa ante los procesos de mercantilización que afectan su vida y, en temas de salud y bienestar, de discriminar entre los tipos de información disponible y los recursos cada vez más diversificados para el cuidado.

Siguiendo a Bamberg y Georgakopoulou (2008) podemos ubicar a los GF entre los espacios de interacción social en los que se producen narrativas de pequeña escala (*small stories*) que permiten observar el trabajo identitario mediante el posicionamiento de los participantes respecto de los valores culturales y los discursos normativos referidos al cuidado de la salud. Los autores argumentan que en estos espacios interactivos los interlocutores describen el mundo (incluyendo a ellos y a los otros), y al hacerlo señalan cómo quieren ser comprendidos respecto de dicha construcción referencial. El posicionamiento personal resulta del interjuego entre las posiciones sociales de los participantes y los discursos que trascienden el aquí-ahora, y la dinámica interactiva del contexto conversacional. Si bien la construcción del *self* emergente puede perdurar a través de

otras prácticas narrativas, los GF permiten observar el trabajo identitario *in the making*:

los participantes de pequeñas narrativas generalmente ajustan sus relatos a varios propósitos locales e interpersonales, orientándoles secuencialmente a la conversación en marcha, continuamente desafiando y confirmando las respectivas posiciones [...] La narración en contextos interactivos no está necesariamente limitada por las posiciones, convicciones y creencias (aunque pueden estarlo), sino que está abierta a la negociación (Bamberg, 2010: 14-15; Bamberg, 2011).

Si bien nuestra investigación no tiene como propósito llevar a cabo un análisis con técnicas de análisis conversacional, sí podemos observar el trabajo identitario respecto del cuidado de la salud en el contexto grupal, a partir de las autoimágenes que se construyen relacionamente en el juego de similitudes y diferencias. Estas emergen a través del posicionamiento de los participantes frente a las recomendaciones de los expertos sobre la vida sana y el bienestar -y su creciente cobertura mediática-, y el crecimiento de la industria de productos y servicios vinculados con la temática. Así emergieron varios posicionamientos frente al imperativo del cuidado: como *consumidores críticos y selectivos* frente a la “moda” de la vida saludable y del bienestar emocional, y la creciente comercialización de productos y servicios bajo estas rúbricas (desde productos naturales, orgánicos, alimentos funcionales y “light”, hasta los libros de autoayuda y los productos de higiene personal), así como respecto del uso de fármacos de venta libre; como *pacientes informados* que a partir de la experiencia personal y de terceros, la información disponible en Internet, los medios masivos de comunicación, y la literatura de divulgación médica, optan por distintas alternativas de cuidado bajo una lógica de complementariedad terapéutica, o bien descartan la opción de recurrir a medicinas alternativas; y como *pacientes tradicionales* que se sienten bien cuidados por los especialistas de la biomedicina, y que participan de culturas familiares y redes sociales en las que no se cuestiona el paradigma biomédico. En esta última caracterización ubicamos a los participantes que comparten esta postura aun cuando desatiendan el cuidado médico preventivo.

A continuación seleccionamos ejemplos que nos permiten observar cómo se construyen relacionamente los posicionamientos individuales respecto de las opciones de cuidado de la salud en el contexto de interacción grupal. El GF4 estuvo integrado por cuatro mujeres, dos de las cuales tenían una amplia experiencia en el uso de medicinas alternativas en su grupo familiar, y que habían experimentado y solucionado algunos problemas de salud mediante regímenes alimentarios no convencionales (tales como el naturismo y la macrobiótica). Una vez que las participantes comentaron sus experiencias personales y familiares con la alimentación, la moderadora invitó a intervenir en la conversación a otra de las participantes que se había mantenido en silencio. La invitación ocurrió en un contexto conversacional previo en el que prevalecían posturas críticas respecto del cuidado médico y los regímenes alimentarios convencionales, y en la que la participante, Graciela, había manifestado su preferencia por la medicina “tradicional”, posicionamiento que la llevó a autodefinirse como la “mosca blanca” del grupo:

Moderadora: Y bueno, ellas hablaron bastante de la alimentación... sobre todo Cecilia y Rosario, vos también [Susana] al principio... De prestar atención a la alimentación. ¿Vos en tu caso Graciela?

Graciela: Sí, también le doy bastante bolilla pero no...

Rosana: Con otra...

Graciela: Sí, soy más tradicional, *evidentemente en todo soy la mosca blanca acá*. No, no, trato de... bueno, verduras, carne también este... en cierta medida... por ahí poca carne roja, eh... varío con pescados, con... pero siempre dentro de lo tradicional, la verdad es que nunca probé así... [alternativas].

El contexto referencial en el trabajo identitario que se despliega en las narrativas de pequeña escala incluye a los interlocutores co-presentes pero también se extiende a “otros” miembros de sus redes o conocidos con los que se identifican, o de los que buscan diferenciarse (Bamberg, 2011). Así es que en el GF2, si bien las participantes evalúan positivamente las nuevas tendencias de cuidado personal, concepciones del buen vivir y mayor sensibilidad ecológica, también comparten la idea de evitar adoptar posturas extremas, especialmente en el campo de las prácticas alimentarias relacionadas al naturismo y el consumo de productos orgánicos. Tres de las participantes recurrentemente hicieron referencia a una amiga en común a la que calificaron como “extremista” por su opción por el naturismo militante y sus implicancias en el estilo de vida. Ellas optan por distanciarse de esta posibilidad de identificación, cuestionando potenciales riesgos en la eliminación de determinados alimentos, y fundamentando sus preferencias más convencionales en la accesibilidad de los productos y en el disfrute que les proporcionan los alimentos poco saludables:

Mara: igual, yo creo que la gente que es orgánica al extremo ya es como que todo te hace mal a menos que lo cultives vos. Es como que todo bien, está bárbaro, pero a mí el alfajor me hace feliz, a mí el helado me hace feliz (Risas).

Mariana: no, no, tal cual.

Valeria: no, nada llevado al extremo creo que es bueno tampoco.

Mariana: hay que ser flexibles. Los que no son flexibles, pero la estructura tampoco es buena, o sea...

Juana: es que nosotras tenemos una amiga que es muy...

Mara: Delfi es muy extrema.

Juana: es muy extremista y que creemos que no está manejando el tema de la comida...

Mara: que está bárbaro, pero...

Juana: no le da los nutrientes que... está bien, capaz nosotras tenemos... o porque comemos o un poco mal o no comemos su comida, pero ella está comiendo de una manera que también le están faltando, porque está en un extremo.

El extracto del GF2 muestra como al establecer un “nosotras” que se diferencia de “ella” en las preferencias y prácticas alimentarias, las participantes hacen visible la imagen que quieren co-construir sobre sí mismas como consumidoras selectivas de nichos del mercado alimentario “saludable”, y como críticas de la disciplina que conllevan determinados regímenes corporales. Este posicionamiento resulta de una suerte de balance entre el mandato de la preocupación por la salud y el valor hedonista de disfrutar la vida mediante “licencias” poco saludables vinculadas al placer (Lupton, 1996).

7. Reflexiones finales

Como la literatura metodológica lo señala no existe una única forma de realizar GF; las distintas opciones responden a las perspectivas paradigmáticas que los investigadores asuman, y a los propósitos que orienten sus investigaciones. Partiendo de una perspectiva interpretativista, en nuestro estudio buscamos profundizar en los significados, saberes y experiencias de los sujetos respecto del cuidado de la salud y el cuerpo en un contexto sociocultural que promueve la responsabilidad individual en dichas esferas de acción. Asumimos que los GF 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 en el tema, y la confianza en distintas modalidades de cuidado, las tensiones que pueden 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. Notablemente, gran parte de la literatura metodológica sobre los GF en los últimos años toma como objeto de reflexión estudios empíricos en el campo de la salud. En este sentido, esperamos que nuestra experiencia de investigación con GF constituya un aporte tanto a debates

metodológicos como sustantivos.

A partir de los debates actuales acerca de cómo y con qué propósito realizar GF, en este artículo explicitamos las decisiones que tomamos para componer los grupos en cuanto al tamaño y el conocimiento previo de los participantes. Sobre la base de nuestra experiencia en el trabajo de campo, aportamos reflexiones más generales sobre los aspectos positivos que encontramos al constituir grupos pequeños para profundizar en las visiones y experiencias de los participantes sobre el cuidado de la salud. Como lo detallamos en el apartado sobre las decisiones acerca del tamaño de los grupos, en la literatura metodológica más reciente se argumentan aspectos sustantivos y pragmáticos a favor de constituir grupos pequeños. Si bien en el estudio al que hacemos referencia en el presente artículo observamos los beneficios de trabajar con GF pequeños, no es nuestro propósito generalizar al respecto. Insistimos, siguiendo a Morgan y Bottorff (2010), en que no hay una única manera correcta de hacer investigación con GF. En las decisiones de su diseño entran en juego, entre otros factores, los propósitos de la investigación y aspectos contextuales a su desarrollo, así como la temática abordada.

Asimismo reflexionamos sobre las ventajas y complicaciones que pueden presentarse al trabajar con grupos reales, cuando preservar su naturalidad entra en tensión con las prácticas de trabajo del equipo de investigación. Abordamos asimismo estrategias para incluir tanto en el análisis como en la presentación de los datos distintas dimensiones y tipos de interacción que operan simultáneamente en los GF, aportando ejemplos de nuestra investigación. Destacamos el potencial de las conversaciones grupales para hacer visible el trabajo identitario en el campo de la salud, en un contexto sociocultural caracterizado por el énfasis en la responsabilidad personal al tiempo que se han diversificado los discursos y prácticas de cuidado.

Notas

1 Algunos autores utilizan indistintamente el término grupo focalizado y grupo de discusión (Valles, 1999; Gil Flores, García Jiménez, y Rodríguez Gómez, 1994). Otros, como Kamberelis y Dimitriadis (2013), intencionalmente redefinen los límites de los GF en relación a cómo han sido tradicionalmente conceptualizados y utilizados. Refieren a un continuo en la metodología de los GF, según la autoridad ejercida por el moderador en una *entrevista grupal* versus la autonomía del grupo para organizar su actividad como tal y el contenido de la *conversación colectiva* en el contexto de investigación: “*Como lo hemos señalado los GF pueden ser entrevistas grupales o conversaciones colectivas. La mayoría se ubican en algún punto a lo largo del continuo*” (Kamberelis y Dimitriadis, 2013: 6). Mientras que Johnson (1996) utiliza el término grupo focalizado enfatizando su uso radicalizado en la investigación académica, desde una política de conocimiento comprometida con movimientos de resistencia y justicia social.

2 Proyecto UBACyT 20020110200178, dirigido por Betina Freidin e integrado por Matías Ballesteros, Mercedes Krause, Pablo Borda y Julia Bonetto.

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

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

5 Siguiendo a Callero (2002), es importante destacar que los enfoques constructivistas inspirados en el pragmatismo social priorizan la reflexividad y la agencia humana, mientras que los estudios culturales y el post-estructuralismo priorizan las relaciones de poder y los sistemas discursivos para comprender la subjetividad y la existencia del self.

6 Morgan aclara que contenido y forma son difícilmente separables a la hora del análisis, y destaca que en el análisis conversacional y de discurso se reconoce que la naturaleza del tópico incide sobre el tipo de interacción discursiva que genera.

7 Extraído de Freidin (2015).

8 Los autores diferencian las small stories de las narrativas obtenidas en entrevistas individuales y las autobiografías, materiales estos últimos que han sido privilegiados en el estudio narrativo de la identidad personal.

8. Bibliografía

Asbury, J.E. (1995). Overview of Focus Group Research, *Qualitative Health Research*, 5 (1): 414-420.

Bamberg, M. (2011). Narrative Practice and Identity Navigation. En: J.Holstein y J.F. Gubrium (Eds,) *Varieties in Narrative Analysis*. London: Sage.

Bamberg, M. (2010). *Who am I?* Narration and its contribution to self and identity, *Theory and Psychology*, 21 (1): 1-22.

Bamberg, M. y Georgakopoulou, A. (2008). Small stories as a new perspective in narrative and identity analysis, *Text &Talk*, 28:3: 377-396.

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.

Callero, P.L. (2003). The Sociology of the Self, *Annual Review of Sociology*, 29:115-133.

Calnan, M. y Williams, S. (1991). Style of life and the salience of health: an exploratory study of health-related practices in households from differing socio-economic circumstances, *Sociology of Health and Illness*, 13 (4): 506-529.

Carey, M.A. (1995). Concerns in the analysis of focus group data, *Qualitative Health Research*, 5 (1): 487-495.

Carey, M.A. y Asbury, J.E. (2012). *Focus Group Research*, Walnut Creek: Left Coast Press.

Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10 (4), 401- 420.

Denzin, N. y Lincoln, Y. (2005). Introduction: the discipline and practice of qualitative research. En: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Comp.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition. Thousand Oaks: Sage. Pp. 1-32. Duggleby, W. (2005). What about Focus Group Interaction?, *Qualitative Health Research*, 15 (6): 832-840.

Fontana, A. y Frey, J.H. (2005). The interview: From Neutral Stance to Political Involvement. En: Denzin, N. e Y. Lincoln (Ed.) *Handbook of Qualitative Research. Third Edition*. Londres: Sage.

Fox, N. J. y Ward, K. J. (2008). What are health identities and how we may study them?. *Sociology of Health and Illness*, 30(7): 1007-1021.

Freidin, B. (2015). Medicinas alternativas: conocimiento, visiones y experiencias de utilización”, en B. Freidin (coordinadora) *El cuidado de la salud: mandatos culturales, experiencias biográficas y prácticas cotidianas en sectores medios de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imago Mundi (en prensa).

- Freidin, B. (2000). *Los límites de la solidaridad*. Buenos Aires: Lumiere.
- Freidin, B y Timmermans, S. (2008). Complementary and Alternative Medicine for Children's Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care. *Qualitative Health Research*, 18, 43-55.
- 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.
- Gil Flores, J., García Jiménez, E. y Rodríguez Gómez, G. (1994). El análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante grupos de discusión, *Enseñanza*, XII: 183-199.
- Hollander, J. (2004). The social contexts of focus groups, *Journal of Contemporary Ethnography*, 33(5): 602-637.
- Johnson, A. (1996). It's Good to Talk: The Focus Group and the Sociological Imagination, *The Sociological Review*, 516-537.
- Kamberelis, G. y Demitriadis, G. (2013). *Focus Groups: From structures 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.
- Krueger, R.A. (1995). The Future of Focus Groups, *Qualitative Health Research*, 5(4): 524-530.
- Krueger, R.A. (1988) *Focus Group: A Practical Guide for Applied Research*, London: Sage.
- Liamputtong, P. (2011). *Focus Group Methodology: Principles and Practice*. London: Sage.
- Lunt, P. y Livingstone, S. (1996). Rethinking the Focus Groups in Media and Communication Research, *Journal of Communications* 46(2): 79-98.
- Lupton D. (1996). *Food, the body, and the self*. London: SAGE.
- Madriz, E. (2000) Focus groups in feminist research. En N.K Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research* (2nd edition). Thousand Oaks: Sage.
- Menéndez, E.L. (2009). *De sujetos, saberes, y estructuras*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Melucci, A. (1996). *The Playing Self: Person and Meaning in the Planetary Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mella, O. (2000) *Grupos focales ("focus groups")*. *Técnica de Investigación cualitativa*. Documento de Trabajo N° 3, CIDE, Santiago, Chile.
- Morgan, D.L. (2010). Reconsidering the Role of Interaction in Analyzing and Reporting Focus Groups, *Qualitative Health Research*, 20(5): 718-722.
- Morgan, D.L. (1995). Why things (Sometimes) Go Wrong in Focus Groups?, *Qualitative Health Research*, 5(4): 516-523.
- Morgan, D.L. (1993). Future Directions for Focus Groups, en D.L. Morgan (Comp.) *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*, Newbury Park: Sage. Pp. 225-244.
- Morgan, D.L y Bottorf, J. L. (2010). Advancing Our Craft: Focus Group Methods and Practice, *Qualitative Health Research*, 20 (5): 579-581.

- Morgan, D.L. y Krueger, R.A. (1993). When to use Focus Groups and Why?, en D.L. Morgan (Comp.) *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*, Newbery Park: Sage. Pp.3-19.
- Padilla, R. (1993). Using Dialogical Research Methods in Group Interviews, *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*, Newbery Park: Sage. Pp. 153-166.
- Pescosolido, B. (1991). Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, 161-184.
- Sautu, R. (2011). *El análisis de las clases sociales: teorías y metodologías*. Buenos Aires: Luxemburg.
- 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.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Wellman, B. (2000). Who Helps When You Are Sick?. En: Kellner, M. y Wellman, B. (Eds.). *Complementary and Alternative Medicine*. Amsterdam: Harwood.
- Williams, S. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?, *Sociology of health and illness*, 17(5): 577-604.
- Williams, S. 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.