

Betina Freidin
(coordinadora)

Cuidar la salud

Mandatos culturales y prácticas cotidianas
de la clase media en Buenos Aires

ediciones
**IMAGO
MUNDI**



COLECCIÓN BITÁCORA ARGENTINA
Dirigida por Alejandro Falco

Betina Freidin (coordinadora)

Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires. 1a ed. Buenos Aires: 2017.

272 p.; 15x22 cm.

ISBN 978-950-793-211-3

1. Sociología. 2. Estudios Culturales

CDD 306

Fecha de catalogación: 05/12/2015

© 2017, Betina Freidin (compiladora)

© 2017, Ediciones Imago Mundi

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina, tirada de esta edición: 500 ejemplares

Este libro se terminó de imprimir en el mes de marzo de 2017 en Gráfica San Martín, Pueyrredón 2130, San Martín, provincia de Buenos Aires, República Argentina. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo por escrito del editor.

Índice general

Prólogo y agradecimientos	IX
Introducción. Betina Freidin	XI
1 El trabajo de campo con grupos focalizados. Betina Freidin, Matías Ballesteros y Mercedes Krause	1
2 Buscando bienestar y equilibrio emocional ante los malestares cotidianos. Pablo Borda	13
3 El cuidado de la salud y la percepción de riesgos: género, ciclo vital, y experiencias biográficas. Betina Freidin y Mercedes Krause	63
4 Las medicinas alternativas: conocimiento, experiencias de utilización y lógicas del «desuso». Betina Freidin	97
5 Alimentación saludable y vida cotidiana. Betina Freidin y María Julia Bonetto	137
6 Entre la salud, la compensación, el placer, el bienestar psicofísico y la experiencia del presente: la práctica de actividad física entre sectores de clase media. Matías Salvador Ballesteros	193
Autores	219
Referencias bibliográficas	221

Prólogo y agradecimientos

Este libro es el producto del trabajo colectivo del equipo de investigación integrado por Matías Ballesteros, Mercedes Krause, Pablo Borda, Julia Bonetto y Betina Freidin, en el marco del proyecto UBACyT 20020110200178 (2012-2014), «¿En búsqueda de la salud holística? Discursos de cuidado de la salud, desigualdad social, y estilos de vida». La sede institucional del trabajo fue el Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) de la Universidad de Buenos Aires.

Si bien realizamos el trabajo de campo en el año 2013 – ocho grupos focalizados con mujeres y varones de clase media – la laboriosa tarea del análisis de los datos se extendió por mucho más tiempo. A la riqueza de los datos cualitativos que reunimos, se sumaron vicisitudes y circunstancias personales que atravesamos los integrantes del equipo que nos llevaron a prolongar más de lo que hubiéramos querido el trabajo de análisis, y la escritura y reescritura de cada capítulo del libro. Paralelamente al desarrollo del proyecto UBACyT en común, Matías y Mercedes finalizaron sus tesis de Maestría y Doctorado, y Pablo avanzó en la elaboración de su tesis doctoral, lo que hizo más complicado aun conciliar el trabajo conjunto y el personal, pero a su vez enriqueció la tarea del equipo y nos proporcionó una gran satisfacción a todos ver el crecimiento y los logros de cada uno.

Agradecemos a todas las personas que nos ayudaron a hacer posible este libro, muy especialmente a las y los participantes de los grupos que generosamente aceptaron juntarse a charlar con nosotros por dos horas después de la jornada de trabajo, antes de ir a buscar a sus hijos a la escuela o incluso un sábado, interrumpiendo su descanso y tiempo de diversión. Y a nuestros amigos, colegas y familiares que nos facilitaron contactarlos. Ignacio Mancini del Centro de Documentación e Información del IIGG, como siempre, nos ayudó a conseguir artículos. Nuestras parejas nos soportaron y apoyaron mientras hacíamos algunos de los grupos en horarios y días insólitos, lidiábamos con el análisis interminable de los datos, hacíamos las reuniones del equipo, y nos desesperábamos con la escritura y revisión grupal de cada capítulo del libro.

Matías agradece a todo el equipo de investigación por haberlo acompañado, apoyado e incentivado a profundizar en el trabajo cualitativo. A su familia, amigos y colegas por la compañía en el proceso de escritura. A Ani por su eterna paciencia. Y a Beni, por su alegría.

Mercedes agradece al equipo de investigación, especialmente a Betina por su continua dedicación a formarnos y a Matías, con quien compartió codo a codo – literalmente – la escritura y las ansiedades del libro y de la tesis. También a su pareja y amigos por su comprensión y acompañamiento.

Pablo le agradece especialmente a sus hijas Juana y Olivia, quienes han sido una fuente inagotable de ánimo, esperanza y alegría para sobrellevar aquellos momentos difíciles de la vida que dificultaron la concentración en el trabajo de escritura. También agradece a sus compañeros de trabajo, quienes han sido muy solidarios y comprensivos, compartiendo amablemente mucho más que un trabajo de investigación.

Betina le agradece enormemente a Charly, una vez más, por cuidarla tan amorosamente tanto y en todo durante los difíciles meses que la llevaron a interrumpir la escritura de varios de los capítulos del libro; cuidado que le permitió luego retomar la tarea y concluirla. Extiende el agradecimiento a sus compañeros de equipo que la sostuvieron emocionalmente y la esperaron.

Introducción

Betina Freidin

.....

Ser concientes de la salud en nuestros días es comprender que nuestra salud está continuamente amenazada

Crawford (2006, pág. 4)

La promoción de la salud y el cuidado médico preventivo en las sociedades occidentales contemporáneas

Desde hace décadas las políticas de promoción de la salud y para la prevención de enfermedades constituyen objetivos prioritarios en la agenda de los organismos internacionales y regionales (OMS 1986; OPS 2013). La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado estrategias intersectoriales para sus estados miembros bajo un concepto positivo e integral de la salud, que si bien excede la intervención de los servicios sanitarios asimismo incorpora la promoción y la atención primaria entre las prioridades de las políticas de salud pública (OMS 1986, 1998, 2011; OPS 2007).¹ Siendo un derecho humano fundamental, la OMS señala los prerrequisitos económicos, sociales, políticos y ambientales para el desarrollo de la vida saludable en el nivel individual, familiar y comunitario. Atendiendo

1.- Marchiori Buss (2008) sistematiza las iniciativas internacionales para la promoción de la salud desde los años setenta. Es importante incorporar en esta introducción la distinción que realiza el autor entre promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La prevención se orienta a hacia las acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo de determinadas enfermedades; en tanto, que el concepto de promoción es más amplio y englobador, abarcando tanto los macrodeterminantes del proceso de salud-enfermedad como los procesos de toma de decisiones individuales y colectivas para favorecer la salud y el bienestar (ibídem, págs. 39-40).

a las persistentes desigualdades sociales en las capacidades personales para el cuidado de la salud y la consecuente inequidad social generada, la OMS entiende que la promoción de la salud «constituye un proceso político y social global que abarca no solo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia mejorarla» (OMS 1998, pág. 10, *itálicas en el original*).

La estrategia de la OMS marca la agenda de la «nueva salud pública» que enfoca sus acciones al estilo de vida y las condiciones de vida de la población, y que incorpora asimismo nociones de salud pública ecológica en función de los riesgos ambientales persistentes para los grupos sociales más vulnerables (como la falta de acceso al agua potable y exposición a residuos tóxicos industriales) y las nuevas amenazas de prevalencia global, como lo es el cambio climático (*ibídem*, pág. 12; Prüss-Üstün y Corvalán 2006). La nueva salud pública, que recupera el pensamiento sanitarista de la medicina social europea, lleva la atención a las condiciones políticas, económicas, sociales y comunitarias así como a las habilidades individuales promotoras de la salud. Para desarrollar estas últimas se promueve que los gobiernos implementen campañas de sensibilización de la población y de educación para la salud o «alfabetización sanitaria» (OMS 1998, págs. 13-14).²

El nuevo enfoque de salud pública se originó, en parte, a partir del cuestionamiento de la eficiencia de la biomedicina por su orientación curativa y sus altos costos, y en la movilización colectiva de grupos subalternos por mejorar sus condiciones de vida y ampliar derechos (Czeresnia y Machado de Freitas 2008, pág. 11; Lupton 1997a, pág. 49). Lupton (*ibídem*, pág. 51) enfatiza que el discurso de la nueva salud pública es heterogéneo y contradictorio, y se alinea tanto con políticas neoliberales que enfatizan el cuidado de sí mismo retrayendo el papel del Estado y el gasto público en salud, así como con orientaciones progresistas. En su versión políticamente más radicalizada, la promoción de la salud busca facilitar el cambio social en el marco de proyectos de desarrollo comunitario, e incluso de empoderamiento de los ciudadanos para desafiar al Estado (*ibídem*).

2.– Según la OMS (1998, págs. 13-14), la educación para la salud refiere a la transmisión de información, así como a la motivación, las habilidades personales y autoestima que se consideran necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye información sobre condiciones sociales, económicas y ambientales, y sobre los factores de riesgo y comportamientos individuales protectores, además del uso de los servicios de salud.

La mayor atención al estilo de vida para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades corresponde a una dinámica demográfica de envejecimiento de la población, y a un contexto epidemiológico en el que se han incrementado las causas de muerte y morbilidad debido a enfermedades no transmisibles (ENTs) de carácter crónico y con etiologías múltiples, y para las que se espera que junto con las intervenciones biomédicas (consultas de prevención primaria y secundaria y administración de fármacos) los sujetos desarrollen hábitos de vida saludables (Cockerham 2010; Coreil 1985). Los estudios epidemiológicos indican la incidencia de los hábitos de vida (fundamentalmente la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol) en la creciente prevalencia de patologías cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, algunos tipos de cánceres, y enfermedades respiratorias crónicas. La transición epidemiológica se observa tanto en los países desarrollados de mayores ingresos como más recientemente en los de medianos y bajos ingresos, acompañando los procesos de urbanización y los cambios en la economía alimentaria global, entre otros factores ecológicos, económicos y sociales que inciden en la mayor prevalencia de estas enfermedades (OMS 2003, 2011).³ Para disminuir la carga de morbilidad por las ENTs, los organismos internacionales recomiendan que las autoridades sanitarias fortalezcan la prevención primaria de los factores de riesgo que son modificables a través del estilo de vida y su control en el primer nivel de atención, junto con políticas focalizadas hacia los sectores más vulnerables, así como la implementación de acciones estratégicas intersectoriales y mecanismos de regulación y control estatal, por ejemplo, de la industria alimentaria y tabacalera (OMS 2003, 2011).⁴

3.– En el contexto latinoamericano la transición epidemiológica es limitada por la incidencia en las tasas de morbimortalidad de las enfermedades infecciosas, la desnutrición, las lesiones accidentales e intencionales, y por la degradación ambiental (Blanco Gil y López Orellano 2007). La OMS (2011) refiere en este sentido a la doble carga de morbimortalidad con el crecimiento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles. En Argentina, las ENTs causan el 60 % de las muertes y del 50 % de los años de vida perdidos por muerte prematura (<http://www.msal.gob.ar>, consultado el 5 de enero de 2016).

4.– En el contexto argentino, el Ministerio de Salud de la Nación ha desarrollado un conjunto de acciones para alinear sus políticas a las recomendaciones de los organismos internacionales y regionales sobre promoción de la salud y prevención, monitoreo y control de las ENTs. Se destaca la implementación del Plan Nacional Argentina Saludable destinado a la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo. Mediante este plan se llevan a cabo las acciones de promoción de la salud dirigidas a la población general destinadas especialmente a la alimentación saludable, la actividad física y la lucha contra el tabaco; el plan tiene como líneas de acción la promoción de hábitos saludables, la regulación de productos y servicios, y

Las acciones de promoción de la salud en el nivel individual y comunitario parten del supuesto de la capacidad y disposición de los sujetos para ejercer control sobre su propia salud, en un contexto sociocultural en el que el concepto de salud ha adquirido centralidad en la construcción de las subjetividades (Lupton 1997a). Aunque se espera que a través de las políticas públicas se intervenga sobre las condiciones sociales que impactan negativamente sobre la salud, cada vez se demanda más que los sujetos se involucren en hábitos de vida saludables, asumiendo un grado de responsabilidad individual por su propia salud a través de prácticas de autocuidado, además de realizar consultas médicas periódicas de tipo preventivo. Es justamente este mandato sociocultural de responsabilidad personal por el cuidado de la salud el que abordamos en los capítulos del presente libro. A través de la realización de grupos focalizados, indagamos cómo un conjunto de mujeres y varones jóvenes y de mediana edad de clase media responden a las recomendaciones de los expertos para tener una vida saludable adoptando, negociando o resistiendo los discursos sobre la vida saludable en el contexto de la vida cotidiana y de sus experiencias biográficas.

La nueva conciencia de la salud: mandatos culturales en tensión y desigualdad social

Desde el campo de las ciencias sociales y de los estudios culturales se ha puesto de relieve que en las sociedades occidentales secularizadas la

la promoción de entornos saludables (<http://www.msal.gov.ar>, consultado el 5 de enero de 2016). Paralelamente, el Plan Nacional Municipios y Comunidades Saludables está orientado a la promoción de la salud a través iniciativas locales participativas para mejorar los modos de vida y la salud ambiental, entre otros determinantes y condicionantes de las desigualdades sanitarias (<http://www.msal.gov.ar>, consultado el 5 de enero de 2016). En la ciudad de Buenos Aires, la Dirección de Desarrollo Saludable implementó desde el año 2012 las denominadas «estaciones saludables» (fijas y móviles) en parques, plazas y estaciones de subte. Se trata de 40 puestos destinados a la prevención de enfermedades y promoción de la salud donde enfermeros controlan el peso y la talla, la glucemia y la presión arterial de manera gratuita; diez de estos puestos cuentan además con nutricionistas. Según se informa en su sitio de Internet, el objetivo es la promoción de hábitos saludables y la prevención enfermedades no transmisibles, muchas de las cuales son favorecidas por prácticas como el sedentarismo, la mala alimentación y el consumo de tabaco. También ofrecen clases de gimnasia, yoga, baile, actividades lúdico-educativas para niños y actividades para adultos mayores, y se organizan caminatas aeróbicas (<http://www.buenosaires.gov.ar>). Una nota publicada en el diario *La Nación* afirma que la concurrencia mensual a las estaciones saludables es de más de 100.000 vecinos («Los porteños, con buenas prácticas de salud», 10 de enero de 2016).

salud ha dejado de ser concebida como el producto del destino personal para convertirse, en gran parte, en un logro de los sujetos en un contexto sociocultural que demanda una mayor responsabilidad por el propio curso de vida. Tanto el concepto de salud como el de responsabilidad personal se erigen como valores centrales en las sociedades modernas, en las que mantener una buena salud a través del esfuerzo personal constituye un prerrequisito para competir en el mercado de trabajo y conformar las expectativas de ser un buen ciudadano (Beck-Gernsheim 2007, pág. 124). Es en este sentido, que autores como Lupton (1997a) y Crawford (2006) refieren al «imperativo de la salud» o la «nueva conciencia de la salud» como un mandato cultural y moral en el que conservar y mejorar la salud se ha convertido en una medida del logro personal y de la vida correcta. El cuidado de la salud se articula a su vez con un ideal de corporalidad que responde a los valores estéticos de la delgadez, la belleza y la juventud. Determinados regímenes corporales son promovidos, y adoptados, no sólo por sus beneficios puntuales para la salud sino como medios para alcanzar el ideal contemporáneo del cuerpo atractivo y en buena forma (Lupton 1996).

La *nueva conciencia de la salud* describe, según Crawford (2006, pág. 408), «una formación ideológica emergente que define los problemas de salud y sus soluciones principalmente, aunque no exclusivamente, como cuestiones que se encuentran dentro de los límites del control personal», y que desde los años setenta se alinea con las aspiraciones de la clase media profesional sobre la buena vida.⁵ Crawford reconstruye históricamente cómo estos valores – en resonancia con la ideología protestante de salvación en las sociedades anglosajonas – adquirieron centralidad en el proyecto de vida y estrategias de determinados sectores sociales, concluyendo que:

«Las prácticas de cuidado de la salud rápidamente se convirtieron en elementos prominentes de las sociedades modernas, un signo de cómo estas incorporaban los ideales iluministas del control racional y del humanismo progresista. Notablemente las últimas tres décadas han estado marcadas por un incremento significativo de la importancia de la salud en la vida cotidiana. “Lo que hay que hacer” para preservar la salud es hoy en día considerado como un proyecto intrincado y exigente. El supuesto comúnmente aceptado es que la salud tiene que ser alcanzada (*achieved*)» (ibídem, pág. 402).

Como Lupton (1997a, pág. 11) lo sintetiza, los imperativos explícitos en las políticas de promoción iniciadas por los organismos del Estado se sostienen a través de los medios de comunicación comerciales, las

5.– En otro trabajo (Crawford 2000), el autor refiere al mandato de promoción de la salud como el conjunto de discursos y prácticas relativas a los comportamientos, disposiciones y actitudes individuales o estilo de vida que se consideran afectan la salud.

instituciones educativas, la familia, los *advocacy* grupos, las organizaciones comunitarias y la cultura de consumo. Junto con las campañas públicas de promoción de la salud, los medios de comunicación masivos extienden su cobertura sobre una variedad de riesgos vinculados con la salud, algunos de los cuales aunque son omnipresentes no son inmediatamente observables. Se espera que los sujetos estén informados, «con un oído atento a las recomendaciones médicas y de las agencias sanitarias, que monitoreen su ambiente cotidiano por la presencia de posibles toxinas, y que lleven adelante un régimen de vida que incluya controles médicos en el largo plazo» (Crawford 2006, pág. 403). En este escenario sociocultural, la conciencia de la salud lo es también de riesgos y, en este sentido, «el imperativo de la salud» es un mandato para identificar riesgos con el propósito de controlarlos» (ibídem).

Son varios los analistas que coinciden en señalar que actualmente coexiste una dinámica de medicalización progresiva del riesgo de desarrollar enfermedades a través del diagnóstico médico temprano (desde la realización análisis de rutina en sangre para medir los niveles de colesterol y de glucemia hasta test genéticos), con la *healthicization* de la vida cotidiana (Conrad 1994; Lupton 1997a; Timmermans y Buchbinder 2010; Menéndez 2009). Clarke *et al.* (2010) proponen el concepto de *biomedicalización* para referirse a la complejidad que han adquirido los procesos de medicalización en las últimas décadas, dadas las transformaciones de la base tecnocientífica de la biomedicina con el desarrollo de biotecnología, la biología molecular y la genética, entre otras innovaciones en el campo de las ciencias médicas y de la vida, facilitados por la nueva tecnología informática y de imagen, y en una era de globalización del complejo médico-industrial.⁶

«La biomedicina avanza su jurisdicción sobre la salud, conjuntamente con hacerlo sobre la enfermedad y las *injuries*, y la mercantilización de la salud es fundamental a la biomedicalización. La salud y el manejo adecuado de las enfermedades crónicas se han transformado en responsabilidades morales individuales a ser llevadas a cabo mediante un mejor acceso al conocimiento, la autovigilancia, la prevención, la evaluación y el tratamiento del riesgo, y el consumo de productos y servicios biomédicos y la autoayuda» (ibídem, pág. 48).

6.— El concepto de medicalización se desarrolló en Europa y Estados Unidos durante los años cincuenta y sesenta como una crítica a la biomedicina y a la expansión de su modelo conceptual para el análisis de malestares sociales y de las políticas para atenderlos (Davis 2010, pág. 213). Davies distingue dos líneas de influencia intelectual: la primera crítica a la medicina como institución de dominación, y la segunda crítica el rol expansivo de la medicina y su poder de control social del comportamiento desviado.

Clarke *et al.* (ibídem, págs. 64-65) concluyen que a la luz de estos procesos, y paradójicamente, la salud está más biomedicalizada a través de la vigilancia epidemiológica de la población, los controles clínicos y los autocontroles (tecnología mediante) para diferenciar niveles de riesgo de enfermarse, al tiempo que la salud también deviene menos biomedicalizada. Esta segunda dinámica se observa en la medida en que el lugar clave de la responsabilidad para mantener y cuidar la salud se desplaza de los profesionales de la salud hacia la colaboración por parte de los pacientes/ usuarios/consumidores, o incluso recae sobre ellos.

Observando esta tendencia en los países centrales, Lipovetsky (2010) refiere a la medicalización del consumo como una dimensión central de la «vigilancia higiénica de uno mismo»:

«El *homo consumericus* camina cada vez más aprisa hacia el *Homo sanitas*; consultas, fármacos, análisis, tratamientos, todos estos consumos dan lugar a un proceso acelerado que no parece tener fin. Al mismo tiempo los espíritus se preocupan un poco más cada día por el cuidado de la salud, los consejos preventivos, la información competente: ya no se consumen solo medicamentos, también programas de televisión y radio, artículos para el gran público, páginas web, obras de divulgación, guías y enciclopedias médicas (...). No basta con curar las enfermedades, ahora se trata de intervenir por adelantado para desviar su curso, anticiparse al futuro, cambiar los comportamientos de conducta de riesgo, dar constancia de la buena observancia (...). Los bienes de consumo pueblan cada vez más la dimensión de la salud: alimentos, turismo, hábitat, cosméticos (...). Cada vez necesitamos más información, consultar con los profesionales, vigilar la calidad de los productos, sopesar y limitar los riesgos» (ibídem, págs. 48-49).

Autores como Conrad (1994, pág. 387, 2007), sin embargo, prefieren utilizar el término *healthcization* para dar cuenta de cómo la promoción de la salud a través del estilo de vida puede crear una nueva moralidad en la que se combinan valores culturales y comportamientos individuales con preocupaciones y definiciones biomédicas.

Si bien como lo plantea Crawford (2006, págs. 403-404), el imperativo de la salud está inextricablemente ligado a la dominancia cultural e institucional de la biomedicina – con la concomitante marginalización legal e institucional de otros saberes y especialistas (Menéndez 2009) – también se observa la creciente oferta y utilización de las denominadas medicinas alternativas y complementarias (MAC) (OMS 2002). Se trata de una variedad de medicinas y terapias holísticas que destacan su potencial curativo, pero por sobre todo la prevención y el mantenimiento de la salud, la búsqueda de armonía a través del bienestar psicofísico, emocional y espiritual, el cuidado personalizado y el rol activo del individuo en el cuidado integral de la salud (Lowenberg y Davies 1994; Goldstein 2000). Mientras algunos autores resaltan su potencial contrahegemónico – frente

al reduccionismo biologicista y la dominancia cultural e institucional del saber biomédico y sus expertos (Wolpe 1999; Douglas 1994) – otros autores por el contrario, critican el movimiento holístico por el continuo medicalización-*healthizacion* de cada vez más esferas de la vida cotidiana y la concomitante exacerbación de la culpabilidad individual en la búsqueda de un ideal de bienestar psicofísico y espiritual (Crawford 2006, págs. 410-411). Lipovetsky (2010, pág. 124) describe la obsesión por la salud y el bienestar psicoemocional a partir de procesos tanto de biomedicalización (con la mayor utilización de psicofármacos) como de la espiritualidad consumista globalizada, en una era de profundización de los procesos de individuación y de la búsqueda de una vida subjetiva mejor y más auténtica.

Las observaciones críticas de estos autores sobre cómo en los países centrales la búsqueda de la salud y del bienestar se ha convertido en una práctica dominante que atraviesa a los principales campos institucionales, y genera un proceso de profesionalización y comercialización de productos, servicios y conocimientos pueden extenderse a los países periféricos. En el contexto latinoamericano, Menéndez (2009), centrándose en el papel hegemónico de la biomedicina, da cuenta de cómo la industria de la salud liderada por las empresas químico-farmacéuticas y de aparatos biomédicos con sus estrategias publicitarias ayudan a la población a autocuidarse (mediante el uso de glucómetros y medidores de colesterol y triglicéridos), mientras que la industria alimentaria «impulsa ciertas formas de vivir y sobre todo de comer para protegernos de eventuales enfermedades y especialmente de problemas cardíacos» (ibídem, pág. 68). Al tiempo que la «nueva cultura de la salud» que impulsa los hábitos de vida saludables, es adoptada por los estratos medios y altos como una expresión de una nueva relación con el cuerpo y la ideología de prolongar la juventud, y con las posibilidades materiales y simbólicas de poder generar esas modificaciones, controlar riesgos, llevar a la práctica los consejos médicos, y efectivamente poder elegir qué consumir (ibídem, pág. 114 y 120).

En Argentina, junto con la implementación de políticas sanitarias para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades contagiosas y ENTs a través del fortalecimiento de la atención primaria y la vigilancia epidemiológica, se han expandido la industria de la vida saludable y la cobertura mediática vinculada con temas de salud, el bienestar y la buena vida. El nicho del mercado de productos y servicios abarca desde los alimentos *light*, funcionales, naturales y orgánicos, los productos de higiene personal y del hogar hasta el turismo terapéutico antiestrés y la indumentaria para correr de manera cómoda y segura o hacer yoga (Aguirre 2010a, 2010b; D'Angelo 2012; Freidin y Ballesteros 2012). Los medios de comunicación masivos 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, mental y emocional (Waisbord 2011; Petracci y Waisbord 2011). Siguiendo a 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. Gambachini, Ramirez Barahona y Salerno (2011) muestran rol de los noticieros y del discurso publicitario sobre alimentos y medicamentos en la difusión de imágenes sobre la salud y la construcción de ideas sobre el cuidado; y en el campo de la alimentación, Centocchi (2011) rastrea 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 doctor Alberto Cormillot. Otros analistas se centran 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, y la promoción de nuevas vacunas (Vará 2011). Asimismo, la prensa ha cubierto el crecimiento del nicho del mercado del bienestar y de la vida saludable asociados a las medicinas alternativas, el movimiento *New Age*, las subculturas alimentarias, y la literatura de autoayuda (Freidin y Ballesteros 2012, 2015; Freidin, Ballesteros y Echeconea 2013; D'Angelo 2012; Papalini 2014). Al tiempo que las nuevas plataformas digitales se constituyen como espacios para el intercambio de información sobre la salud y el bienestar que desafían los discursos dominantes y pluralizan los saberes públicos (Waisbord 2015, pág. 148).

Contradicciones culturales

Las políticas y discursos sobre la promoción de la salud, desde una mirada foucaultiana, pueden verse como dispositivos de biopolítica que contribuyen a la regulación de los cuerpos y al ordenamiento 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 1997a, págs. 4-5; Klein 2010).⁷ En palabras de Lupton (1997a, pág. 131):

7.— De Franciso (2010) analiza desde esta perspectiva crítica el Plan Nacional de Vida Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, en tanto dispositivo de biopolítica que opera como punto de anclaje de redes discursivas más amplias y abarcadoras de la ominpresencia de la salud en la sociedad contemporánea.

«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».

De manera similar, Crawford (2000, pág. 219) afirma que proteger y mejorar la salud se presentan como los actos prototípicos de la razón práctica y la responsabilidad personal. Se propone entonces deconstruir el concepto mismo de vida saludable por sus implicancias ideológicas, morales y políticas. En esta línea argumental, Metzl (2010, págs. 4-5) retoma las críticas de Ivan Illich (1975) sobre el mandato social y cultural de mantener una vida saludable por considerarlo una retórica de la vida que no sólo colabora a construir delimitaciones y jerarquías simbólicas y sociales entre quienes logran o no alcanzar este ideal, sino que también promueve el desarrollo de una floreciente industria alrededor de dicha preocupación.

Aunque compartiendo la crítica cultural al imperativo de la salud, Lupton retoma la noción de tecnologías o prácticas del *self* de Foucault, para dar cuenta no sólo de cómo actúa el poder disciplinario sobre los cuerpos y las subjetividades sino también para dar visibilidad a cómo los sujetos responden a los imperativos externos de autoregulación. Posicionamientos que pueden resultar en la adopción, negociación o resistencia de los discursos sobre la vida saludable en la construcción y expresión de la subjetividad, en el contexto de la vida cotidiana y las experiencias biográficas (Lupton 1997a). Como la autora lo señala, aunque los discursos de la vida saludable son exitosos en tanto pasan a constituir parte de los repertorios de preocupaciones cotidianas y acciones promotoras de la salud que adoptan los sujetos, no todos lo hacen, ni todo el tiempo. Crawford (2000, pág. 219) arriba a una conclusión similar:

«La promoción de la salud es una práctica imperfecta, una experiencia de urgencias en conflicto y resultados variados, ya que pocos desarrollamos estilos de vida consistentemente saludables, y los que lo hacen parecer perseguir una obsesión poco saludable. Las inconsistencias y las ambivalencias están presentes en el seguimiento de las reglas de la salud».

Son varios los analistas que remarcan, siguiendo a Bell y a Featherstone, que existe una tensión cultural en las sociedades capitalistas 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 sobre la base del placer y la gratificación inmediatas (Crawford 2006; Lupton 1996, 1997a). Así como se valoriza el esfuerzo y la disciplina, también se valora la autoexpresión y el desarrollo personal orientados por el principio hedonista de disfrutar de la vida mediante «licencias»

poco saludables vinculadas con el placer del cuerpo, la relajación, y la sociabilidad (Lupton 1996, págs. 146-148). Frente a las demandas culturales en tensión, los sujetos desarrollan diferentes prácticas y estrategias de equilibrio, o bien de resistencia a los regímenes corporales basados en la disciplina (Crawford 2006, Lupton 1996; Metzl 2010). Como Lupton concluye citando a Donald (1992) «las prácticas de la vida cotidiana en particular son sitios donde se “transgreden y resignifican” las normas culturales, las que son utilizadas por los individuos para propósitos que pueden o no coincidir con las políticas públicas de promoción de la salud» (Lupton 1997a, pág. 131).⁸

Desigualdades sociales, construcciones de género y ciclo vital

Junto con las tensiones culturales sobre la vida saludable y el buen vivir, las desigualdades de clase social limitan las posibilidades para conformar al mandato de la responsabilidad personal de cuidado de la salud. La literatura anglosajona sobre desigualdades sociales y salud pone el foco en el acceso diferencial a recursos sociales y mecanismos protectores de la salud (condiciones de trabajo, dinero, tiempo, información, lugar de residencia, relaciones interpersonales beneficiosas), incluyendo también los recursos psicosociales de percepción de eficacia personal y agencia para controlar los sucesos de la propia vida (Phelan, Link y Tehranifar 2010; C. Ross y Wu 1995; Calnan y Williams 1991). Desde la salud colectiva latinoamericana, por otro lado, se critica la utilización del término «estilo de vida» en la perspectiva biomédica y epidemiológica de los factores de riesgo porque desligan los comportamientos individuales frente al cuidado de la salud del concepto más holístico de modo de vida de los distintos grupos sociales, en sus aspectos materiales, culturales y ambientales (Menéndez 2009, pág. 105; Breihl 2010). Esta perspectiva privilegia como factores explicativos de las desigualdades sociales en salud los determinantes estructurales – relaciones de apropiación de poder en las sociedades capitalistas – que generan inequidad social y, por lo tanto, enormes diferencias en la calidad de vida de los distintos grupos sociales y en el acceso al sistema de salud. La crítica se extiende al modelo médico hegemónico, a través de visibilizar y valorar los saberes y prácticas de resistencia de los «de abajo» a las políticas y programas de «los de arriba»

8.– Por ejemplo, Traversa (2011b) da cuenta de las contradicciones entre la prescripción médico-sanitaria y las libertades de las rutinas alimentarias en hogares de clase media del Área Metropolitana de Buenos Aires. 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*.

para comprender las distintas respuestas de los grupos sociales frente al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (ALAMES 2008, pág. 4; Menéndez 2009).

Las desigualdades en salud derivadas de la estructura de clases, a su vez se articulan con las generadas en las relaciones y roles de género. Los estudios sobre género y salud muestran cómo las construcciones dominantes de la masculinidad y la femineidad, y las formas de actuarlas (*doing gender*), se expresan en el cuidado de la salud. Desde el feminismo, Moore (2010, pág. 96) critica el nuevo paradigma o moralidad en torno a la promoción de la salud en la medida en que se apoya en los valores femeninos tradicionales, como lo son la atención permanente al cuerpo y a los síntomas, la menor asunción de riesgos, y la disposición a buscar información y atención médica. Crecientemente, sin embargo, en la literatura sobre género y salud se evitan las posturas binarias y estereotipadas en el análisis sobre las formas de actuar el género. Se atiende en consecuencia a los comportamientos que no sólo reproducen las representaciones dominantes de la masculinidad y la femineidad, sino también a los que los ponen en cuestión (Annandale 2010; Courtenay 2000; Robertson 2006). La noción de múltiples femineidades y masculinidades adquiere centralidad en este conjunto de trabajos, en particular, la noción de «masculinidades en transición» respecto de las construcciones de género dominantes. Tal como lo plantea Annandale (2010, pág. 107), si como analistas sólo atendemos a las diferencias entre los géneros, corremos el riesgo de negar las experiencias comunes entre hombres y mujeres, y las variaciones observables en uno y otro grupo respecto del cuidado de la salud. En la misma línea argumentativa, Rieker, Bird y Lang (2010) sostienen que un enfoque binario sobre el género y la salud tiene la limitación de tratar a los hombres y mujeres como grupos homogéneos mientras que sus prácticas varían sustancialmente según la edad, la etnia, el nivel socioeconómico, las experiencias biográficas y las identidades de género (también Evans *et al.* 2011). Asimismo, la literatura sobre ciclo de vida y salud da cuenta de cómo el momento del curso de vida marca distintas orientaciones hacia el presente y el futuro en relación al riesgo de enfermar y la conciencia de la finitud; aunque la percepción de vulnerabilidad varía según la clase social (MacDonald y Shildrick 2013; Kornblit 2007; Freidin 2000) y las experiencias personales con la enfermedad propias y del entorno que generan distintos tipos de alarmas y conductas proactivas (Lawton 2002). Sintetizando, la literatura pone el foco en la interseccionalidad de los factores estructurales y en una perspectiva dinámica para analizar la relación entre género y salud.

El cuidado de la salud en la modernidad tardía

Los teóricos de la modernidad tardía han enfatizado la diversificación de opciones de cuidado de la salud mediadas por el conocimiento experto y las nuevas tecnologías de comunicación e información, así como la pertenencia de los sujetos a múltiples mundos sociales y redes interpersonales a partir de la cual se construyen las acciones individuales. Se trata de dinámicas socioculturales que potencian los procesos de individuación y que transcurren en contextos de creciente reflexividad, incertidumbre y riesgo (Giddens 1991; Beck 1999; Williams y Calnan 1996). Las prácticas de cuidado de la salud son vistas como «marcas» (*markers*) de opciones de estilos de vida, que están influenciadas por las circunstancias materiales, las influencias grupales y los modelos de identificación con los roles sociales (Giddens 1991). El dilema de qué recomendaciones expertas seguir se resuelve cotidianamente a través de «una mezcla de rutina y compromiso a cierta forma de estilo de vida más la confianza que se deposita en determinados sistemas abstractos. Aunque este “paquete de compromiso” bajo presión puede comenzar a desintegrarse» (ibídem, pág. 196). Las «presiones» resultan en parte de una mayor información 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 estudios, prevalece el disenso en la comunidad de expertos, y los especialistas de las medicinas alternativas cuestionan algunas de las posturas dominantes (ibídem, pág. 121; Lupton 1997a). Al mismo tiempo, hay mayor divulgación de los riesgos manufacturados socialmente para la salud y el medio ambiente que se han globalizado (iatrogenia de la tecnología médica, alimentos manipulados genéticamente, tratados con agroquímicos y conservantes, contaminación ambiental, entre otros). Beck (2007, pág. 213), nos advierte que «el discurso del riesgo comienza cuando la confianza en nuestra seguridad y la creencia en el progreso termina», dando lugar a un estado en el que la percepción de la amenaza de riesgo determina tanto el pensamiento como la acción. Mientras que Giddens (1991) plantea que 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. 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: «La reflexividad socava la certidumbre del conocimiento científico ya que este se estructura a partir del principio metodológico de la duda; todo conocimiento está abierto a la revisión, o puede ser descartado, a la luz de

nuevas ideas o hallazgos. Esto no solo preocupa a los filósofos sino que es un problema existencial de los individuos ordinarios» (Giddens 1991, págs. 201-221).

Para Giddens (ibídem, 2006), si bien en las sociedades capitalistas contemporáneas las fuerzas del mercado influyen en los proyectos del *self* en términos de la mercantilización de bienes y servicios para la conformación de estilos de vida, los agentes no son pasivamente manipulados por dichas fuerzas. Por el contrario, tienen la capacidad de reaccionar de forma creativa ante dichos procesos y, en temas de salud y bienestar, discriminar entre la información disponible y los recursos cada vez más diversificados para el cuidado:

«A medida que la tradición pierde su fuerza, y que cada vez mas, la vida cotidiana es reorganizada en términos del interjuego dialéctico de lo local y lo global, cada vez más los individuos se ven forzados a negociar elecciones de estilos de vida entre diversas opciones. Por supuesto también hay fuerzas de estandarización, más notablemente en la forma de mercantilización, ya que la producción y distribución capitalista constituyen componentes centrales de las instituciones de la modernidad. Sin embargo, debido al carácter “abierto” de la vida social contemporánea, la pluralización de contextos de acción y la diversidad de autoridades, la elección de estilos de vida es cada vez más importante en la constitución de la identidad personal y de la actividad cotidiana» (ibídem, pág. 5).

Por ejemplo, la mayor información pública sobre los peligros asociados a la agroindustria ha dado lugar a la expansión de minorías alimentarias y de movimientos sociales que la ponen en cuestión por sus riesgos para la salud humana, sus costos sociales y ambientales, y la crueldad animal implicada (ibídem; Beck 1999; Sassatelli 2012; Guptill, Copleton y Lucal 2013; Lorenzen 2012; Murcott 1995).

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 y la comunidad biomédica, así como hacia otros sistemas de *expertise*, amplían el horizonte de acción, 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 recomendaciones y cuestionar otras, las limitaciones materiales que enfrentan, y los significados que otorgan a sus decisiones. Abordamos estos temas a lo largo de los capítulos del libro, retomando para ello la idea de Crawford (2006) acerca de que en las sociedades capitalistas contemporáneas preservar la salud se ha convertido en un proyecto intrincado y exigente para los individuos, atravesado por prioridades en conflicto y con resultados inciertos.

Las preguntas de investigación

En un escenario de dominancia institucional de la biomedicina, pero también de creciente pluralidad de especialistas y saberes en materia de cuidado de la salud, y la persistencia de profundas desigualdades sociales para desarrollar estilos de vida saludables, en la investigación que dio origen a este libro nos preguntamos: ¿cómo un grupo de mujeres y varones de clase media interpretan el «imperativo de la salud»? ¿Qué expectativas depositan en los distintos saberes y especialistas, y que lógicas y dinámicas socioculturales expresan sus prácticas de cuidado (o de desatención) de la salud?. En los distintos capítulos del libro, abordamos los procesos de recepción y construcción de sentido en torno a los mensajes culturales sobre el cuidado de la salud y el bienestar, buscando comprender cómo ellas y ellos responden al mandato social y moral de mantener un estilo de vida saludable. Damos cuenta de sus posicionamientos frente a las recomendaciones expertas, la cobertura mediática y los mensajes publicitarios teniendo en cuenta la resonancia diferencial que generan, las prioridades que establecen frente a otros mandatos culturales promovidos por la sociedad de consumo, la sociabilidad y las demandas de la vida cotidiana.

Partimos de la noción de audiencias activas que pone de relieve la complejidad de los procesos de recepción de los discursos mediáticos y publicitarios y que dan lugar a distintas dinámicas tales como la alineación, la negociación, la oposición, o bien a la apatía (Hall 2006; Sassatelli 2012).⁹ Desde la psicología del discurso que integra perspectivas postestructuralistas e interaccionistas se observa el posicionamiento como una actividad inherente de la construcción de relatos (*accounts*) sobre uno mismo en interacción con otros, resultando en negociaciones en la medida que los sujetos toman posición entre discursos diferentes y en ocasiones en competencia (Phillips y Jorgensen 2004, págs. 110-111). Como lo especifican Phillips y Jorgensen (ibídem, pág. 110), siguiendo los trabajos de Harré y Langenhove, «las personas son tratadas *como* productos de discursos específicos *tanto como* productores del habla (*talk*) en contextos específicos», siendo por lo tanto sujetos y agentes en la reproducción y el cambio sociocultural. Asimismo, indagamos la percepción diferencial de riesgos y vulnerabilidad en prácticas de cuidado que los sujetos efectivamente implementan para cuidar la salud, y las dificultades e impedimentos que encuentran para realizarlas, teniendo en cuenta el momento del ciclo vital, y las exigencias de la vida laboral y familiar.

9.– Los grupos focalizados – la estrategia metodológica seguida en nuestro estudio – constituye un contexto conversacional ideal para observar la dinámica de posicionamiento.

Aspectos teóricos en la decisión de realizar grupos focalizados

En nuestro estudio seguimos una perspectiva interpretativista para indagar mediante grupos focalizados cómo los sujetos responden al imperativo del cuidado de la salud. Siguiendo a Kamberelis y Demitriadis (2013, pág. 37), desde esta postura teórico-epistemológica buscamos generar interpretaciones ricas, complejas y aun contradictorias sobre cómo la gente asigna significado e interpreta sus experiencias de vida.¹⁰

Algunos autores plantean que explorar las prácticas orientadas al cuidado de la salud, y los significados construidos en torno a ellas, presenta cierta complejidad debido a que tienden a darse por sentados 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 Calnan y Williams (1991) retomam la noción de Bourdieu de lógica práctica 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 (1995, pág. 583), 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 (*oficial accounts*) que se distancian de la lógica práctica efectivamente en uso.¹¹

Otros autores, por el contrario, argumentan que en las últimas décadas y especialmente en los sectores medios más 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 a la responsabilidad individual en el cuidado sino también a que la salud sea un objeto de conversación cotidiana en sus redes sociales, y a ideas elaboradas e intrincadas acerca de su conservación y promoción (Crawford 2006, pág. 402). Giddens (1991), por su parte – como vimos en las secciones precedentes – 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

10.– Las decisiones metodológicas para el diseño de los grupos focalizados se detallan en el segundo capítulo. En esta sección retomamos parte de los argumentos desarrollados en Freidin (2016a).

11.– «La lógica de la práctica es lógica hasta el punto donde ser lógico cesaría de ser práctico» (Bourdieu 1984, pág. 96, citado en Bourdieu y Wacquant 2008, pág. 49).

del yo. Para Giddens (1995), 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 discursiva:

«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» (ibidem, pág. 35).

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 en el tema y la confianza que depositan 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. El método supone 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). Los grupos focales permiten explorar la complejidad de los comportamientos, cogniciones, valores culturales y emociones en torno a un tema, así como develar que las personas son menos lógicas, pensantes, y organizadas de lo que el investigador puede suponer. Constituyen por lo tanto un buen «antídoto de una visión sobreracionalizada» de los actores sociales (Morgan 2010, pág. 17).

Los grupos focalizados 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 (Lunt y Livingstone 1996). 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 su carácter aproximado a las conversaciones naturales, ya que el grupo focalizado es un ambiente artificial para recrearlas. Lejos de constituir instancias neutrales, como cualquier otra práctica de investigación de campo, las entrevistas grupales constituyen el resultado de un esfuerzo colaborativo entre los participantes 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).

El carácter interactivo y contextual de los relatos producidos en las conversaciones grupales tiene implicancias importantes sobre el *self* que se presenta. En concordancia con Kamberelis y Demitriadis (2013, pág. 6), los grupos focalizados nos permiten observar el *self*, los otros, y el contexto como fenómenos co-emergentes, es decir, a partir de posturas posestructuralistas y constructivistas. En la misma línea analítica, Bamberg (2011) destaca que las conversaciones grupales constituyen espacios de interacción social para el trabajo identitario que se construye mediante narrativas de posicionamiento respecto de valores o repertorios culturales y discursos normativos. En el contexto de nuestro estudio, rastreamos 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 K. 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 Demitriadis 2013, pág. 5). Siguiendo a Bamberg y Georgakopoulou (2008) podemos ubicar a los grupos focalizados 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.¹² 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 grupos focalizados 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, págs. 14-15, 2011). Como Phillips y Jorgensen (2004, pág. 112) lo ponen de relieve,

12.– Los autores citados diferencian las *small stories* de las narrativas obtenidas en entrevistas individuales y las autobiografías, materiales que han sido privilegiados en el estudio de la construcción narrativa de la identidad personal.

los recursos discursivos para la construcción identitaria dependen de la posición social y cultural de los individuos, y la identidad que se construye situacionalmente puede ser entendida como la sedimentación de prácticas discursivas previas.

Si bien en nuestra investigación no llevamos a cabo un análisis con técnicas de análisis conversacional ni de discurso, sí pudimos observar el trabajo identitario respecto del cuidado de la salud en el contexto grupal, a partir de las autoimágenes que se construyen relacionadamente en el juego de similitudes y diferencias. Así veremos a lo largo de los capítulos que 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 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 el pluralismo; y como *pacientes tradicionales* que se sienten bien cuidados por los médicos, y que participan de culturas familiares y redes sociales en las que no se cuestiona el paradigma biomédico, aun cuando desatiendan el cuidado preventivo en el nivel personal.

Contenido de los capítulos del libro

El libro está organizado en capítulos temáticos (concepciones de salud y de bienestar emocional, cuidado médico preventivo, conocimiento y utilización de medicinas alternativas, prácticas alimentarias, actividad física y deporte), enmarcados cada uno de ellos en los debates teóricos más específicos para abordarlos. Como las visiones y prácticas referidas a distintas esferas de cuidado de la salud resultan por momentos difíciles de desmembrar en las conversaciones grupales, y debido también a que algunas se implican mutuamente, en cada capítulo hacemos referencias cruzadas a otros cuando resulta necesario. Por ejemplo, la práctica deportiva requiere de disciplina alimentaria para mantener el cuerpo ágil y saludable, y de controles médicos periódicos. Por su parte los «excesos» alimentarios producto de la autoindulgencia y los rituales de sociabilidad se compensan habitualmente con actividad física. Y ambas prácticas, la actividad física y la alimentación, proporcionar bienestar emocional. En los respectivos capítulos hacemos referencia entonces a las lógicas subyacentes, pero profundizamos en cada tema en el capítulo correspondiente.

En el segundo capítulo, Betina Freidin, Matías Ballesteros y Mercedes Krause describen las decisiones metodológicas tomadas en el diseño de los grupos focalizados con sectores de clase media, las características

sociodemográficas de los participantes, la dinámica del trabajo de campo y la estrategia para analizar los datos.

En el tercer capítulo, Pablo Borda analiza las concepciones de salud que comparten los participantes de los grupos, y la centralidad que otorgan al bienestar emocional y psíquico junto con la aptitud física y la funcionalidad del cuerpo en la vida cotidiana. La valoración de la dimensión psicoemocional es analizada a partir de los debates contemporáneos sobre los procesos de individuación y la búsqueda de bienestar subjetivo, en un contexto de diversidad de culturas terapéuticas y del campo *psi*.

En el cuarto capítulo, Betina Freidin y Mercedes Krause analizan las actitudes frente al cuidado médico preventivo, atendiendo a las diferencias de género en su interrelación con los momentos del ciclo vital y las experiencias familiares con la enfermedad. Asimismo dan cuenta del rol que cumple la autoatención en el grupo familiar incluyendo las prácticas de automedicación, y el papel de la información médica disponible en Internet como instancia de consulta previa y paralela a la atención especializada. Estos temas se abordan a partir de los componentes de fe y escepticismo que caracterizan actualmente la actitud de los legos hacia el conocimiento médico-científico, y los factores institucionales y del mercado de la salud que condicionan la relación médico-paciente.

En el quinto capítulo, Betina Freidin indaga las visiones sobre, y las modalidades de utilización de las medicinas alternativas y complementarias (MAC), teniendo en cuenta la familiaridad diferencial con ellas y la jerarquía de credibilidad otorgada a distintos saberes, especialistas y ofertas terapéuticas, las razones para utilizarlas o por el contrario desestimarlas como recurso de cuidado de la salud. Se analiza el papel de la familia y las redes interpersonales tanto en su utilización como en el «desuso».

En el sexto capítulo, Betina Freidin y Julia Bonetto analizan cómo los participantes de los grupos se posicionan ante los discursos expertos y publicitarios de la alimentación saludable, y la percepción de riesgos en torno al acto alimentario, incluyendo la salud individual y las preocupaciones ético-ambientales. Asimismo, dan cuenta de cómo en las decisiones alimentarias se sopesan estos riesgos y amenazas con otros valores y prioridades tales como la estética, la comodidad, el disfrute y la sociabilidad. El análisis se extiende a los limitantes estructurales de las prácticas alimentarias y el carácter contextual de las decisiones de consumo. La perspectiva de género es incluida para dar cuenta de cómo la atención diferencial a la alimentación de varones y mujeres es una forma de actuar el género según las construcciones culturales dominantes; pero también muestran las autoras que ciertas preferencias y prácticas alimentarias de unas y otros las ponen en cuestión.

En el séptimo capítulo, Matías Ballesteros aborda la actividad física en relación al cuidado de la salud psicofísica. Muestra cómo las prácticas

corporales tienen una función recreacional y ritual respecto del mantenimiento de lazos de amistad y sociabilidad, además de contribuir al bienestar emocional y la salud del cuerpo, tanto para prevenir desequilibrios como para compensar excesos. Se encuentran además condicionadas por el momento del ciclo vital, que limitan o liberan el tiempo «libre» para realizarlas, y por el entorno espacial en el que se vive y trabaja.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, P. (2006): *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires: Miño y Dávila (citado en páginas 138, 169, 178).
- Aguirre, P. (2010a): «La construcción social del gusto del comensal moderno». En: *Comer: puentes entre la alimentación y la cultura*. Ed. por M. Katz, P. Aguirre y M. Bruera. Buenos Aires: Libros del Zorzal (citado en páginas XVIII, 140, 141, 143).
- Aguirre, P. (2010b): «La comida en los tiempos del ajuste». En: *El costo social del ajuste (Argentina 1976-2002)*. Comp. por S. Torrado. Vol. 2. Buenos Aires: Edhasa (citado en páginas XVIII, 178).
- ALAMES (2008): «Taller Latinoamericano de determinantes sociales de la salud. Documentos para la Discusión, elaboración colectiva del Comité Organizador». En: Ciudad de México (citado en página XXII).
- Allender, S., G. Cowburn y C. Foster (2006): «Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies». En: *Health Education Research* vol. 21, n.º 6, págs. 826-835 (citado en página 194).
- Annandale, E. (2010): «Health Status and Gender». En: *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Ed. por C. Cockerham. Londres: Willey-Blackwell (citado en páginas XXII, 65, 122).
- Archetti, E. (2000): «Hibridación, pertenencia y localidad en la construcción de una cocina nacional». En: *Trabajo y Sociedad* vol. 2, n.º 2 (citado en página 167).
- Armstrong, N. y H. Eborall (2012): «The sociology of medical screening: past, present and future». En: *Sociology of Health and Illness* vol. 34, n.º 2 (citado en páginas 71, 111).
- Arnould, E. y C. Thompson (2005): «Consumer culture theory (CCT): Twenty years of research». En: *Journal of Consumer Research* vol. 31, n.º 4 (citado en páginas 153, 162).
- Astin, J. (1998): «Why Patients Use Alternative Medicine». En: *Journal of the American Medical Association* vol. 279, n.º 19, págs. 1548-1553 (citado en páginas 99-101).
- Ayers, S. y J. Kronenfeld (2007): «Chronic illness and health-seeking information on the Internet». En: *Health* vol. 11, n.º 3 (citado en página 84).
- Azofeifa, E. (2006): «Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte». En: *MHSALUD. Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud* vol. 3, n.º 1 (citado en páginas 195, 196).

- Baer, H. (2004): *Toward an Integrative Medicine: Merging Alternative Therapies with Biomedicine*. Walnut Creek: Altamira Press (citado en páginas 100, 102).
- Bagrichevsky, M., A. Estevão y P. Vasconcellos-Silva (2007): «Sedentarismo, nós e mundo (im) possível no contexto da ciencia». En: *Saúde Pública* vol. 41, n.º 5, págs. 862-864 (citado en página 196).
- Bamberg, M. (2010): “Who am I? Narration and its contribution to self and identity”. En: *Theory and Psychology* vol. 21, n.º 1, págs. 1-22 (citado en página XXVIII).
- Bamberg, M. (2011): “Narrative Practice and Identity Navigation”. En: *Varieties in Narrative Analysis*. Ed. por J. Holstein y J. Gubrium. Londres: Sage (citado en página XXVIII).
- Bamberg, M. y A. Georgakopoulou (2008): “Small stories as a new perspective in narrative and identity analysis”. En: *Text & Talk* vol. 28, n.º 3, págs. 377-396 (citado en página XXVIII).
- Barría, M. y H. Amigo (2006): «Transición nutricional: una revisión del perfil latinoamericano». En: *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* vol. 56, n.º 1 (citado en página 196).
- Bascuñán, M. (2005): «Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos». En: *Revista Médica de Chile*, n.º 133 (citado en páginas 64, 80).
- Beck, U. (1999): *World risk society*. Cambridge: Polity (citado en páginas XXIII, XXIV, 64, 139, 176).
- Beck, U. (2007): “Risk Society Revisited: Theory, Politics, and Research Programmes”. En: *The risk society and beyond*. Ed. por B. Adam, U. Beck y J. Van Loon. Londres: Sage (citado en páginas XXIII, 98, 111).
- Beck, U. y E. Beck-Gernsheim (2002): *Individualization*. Londres: Sage (citado en página 66).
- Beck, U. y E. Beck-Gernsheim (2003): *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós (citado en página 14).
- Beck-Gernsheim, E. (2007): “Health and Responsibility: From social change to technological change, and vice versa”. En: *The risk society and beyond*. Ed. por B. Adam, U. Beck y J. Van Loon. Londres: Sage (citado en página XV).
- Bendelow, G. (2009): *Health, Emotion and the Body*. Cambridge: Polity (citado en página 120).
- Bildtgard, T. (2008): “Trust in food in modern and late-modern societies”. En: *Social Science Information* vol. 47, n.º 1 (citado en página 141).
- Blanco Gil, J. y O. López Orellano (2007): «Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción». En: *Desafíos de Salud Colectiva*. Ed. por E. Carillo Soto y E. Guinsberg. Buenos Aires: Lugar Editorial (citado en página XIII).
- Borda, P. (2015): «El cuidado de de sí y la búsqueda de bienestar en la diversificación psicoterapéutica contemporánea». En: *Argumentos: revista de crítica social*, n.º 17. URL: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1317/1210> (citado en páginas 15, 16).
- 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 doctoral. Universidad de Buenos Aires (citado en página 101).

- Bourdieu, P. (1984): *La distinción: Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus (citado en página XXVI).
- Bourdieu, P. (1993): «Deporte y clase social». En: *Materiales de sociología del deporte*. Madrid: La Piqueta (citado en página 194).
- Bourdieu, P. (2006): *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Buenos Aires: Taurus (citado en páginas 138, 140, 194).
- Bourdieu, P. y L. Wacquant (2008): *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI (citado en página XXVI).
- Breihl, J. (2010): «La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano». En: *Salud Colectiva* vol. 6, n.º 1, págs. 83-101 (citado en páginas XXI, 150, 177, 179).
- Calnan, M. y S. Williams (1991): “Style of life and the salience of health: an exploratory study of health-related practices in households from differing socio-economic circumstances”. En: *Sociology of Health and Illness* vol. 13, n.º 4, págs. 506-529 (citado en páginas XXI, XXVI).
- Carman, M. (2011): *Las trampas de la naturaleza. Medio ambiente y segregación en Buenos Aires*. Buenos Aires: CLACSO y FCE (citado en página 150).
- Carozzi, M. (2000): *Nueva Era y Terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina (citado en páginas 15, 101, 109, 121, 135, 146).
- Castel, R. (1984): *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama (citado en página 15).
- Castel, R., F. Castel y A. Lovell (1980): *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama (citado en página 15).
- Centocchi, C. (2011): «No despertará la gula. Los alimentos en el discurso de la dietética». En: *Comer, beber, hablar: semióticas culinarias*. Comp. por O. Traversa. Buenos Aires: La Crujía (citado en página XIX).
- Chen, N. (2009): *Food, Medicine, and the Quest for Good Health: Nutrition, Medicine, and Culture*. Nueva York: Columbia University Press (citado en páginas 141, 175).
- Clarke, A., J. Shim, L. Mamo, J. Fosket y J. Fishman (2010): “Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine”. En: *Biomedicalization*. Durham: Duke University Press (citado en páginas XVI, XVII).
- Cockerham, W. (2010): “Health Lifestyles: Bringing Structure Back”. En: *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Londres: Wiley y Blackwell (citado en páginas XIII, 63, 64, 137).
- Coffey, A. y P. Atkinson (2003): *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía (citado en página 7).
- Conrad, P. (1994): “Wellness as Virtue: Morality and the Pursuit of Health”. En: *Culture, Medicine, and Psychiatry*, n.º 18, págs. 385-401 (citado en páginas XVI, XVII, 63, 138, 168, 193, 194, 199, 213, 216).
- Conrad, P. y C. Stults (2010): “The Internet and the Experience of Illness”. En: *Handbook of Medical Sociology*. Ed. por C. Bird, A. Conrad y S. Fremont. Nashville: Vanderbilt University Press (citado en páginas 84, 86).

- Coreil, J. (1985): "Life style: an emergent concept in the sociomedical sciences". En: *Culture, Medicine, and Psychiatry* vol. 9, págs. 423-437 (citado en página XIII).
- Courtenay, W. (2000): "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health". En: *Social Science and Medicine*, n.º 30, págs. 1385-1401 (citado en páginas XXII, 65, 73, 122).
- Crawford, R. (2000): "The ritual of health promotion". En: *Health, medicine and society*. Ed. por S. Williams, J. Gabe y M. Calnan. Londres: Routledge (citado en páginas XV, XX).
- Crawford, R. (2006): "Health as a meaningful social practice". En: *Health* vol. 10, n.º 4, págs. 401-420 (citado en páginas XI, XV-XVIII, XX, XXI, XXIV, XXVI, 14, 63, 97, 138, 142).
- Csikszentmihalyi, M. (1994): *Evolution and Flow. In The evolving self: a psychology for the third millennium*. Nueva York: Harper Perennial (citado en página 56).
- Csordas, T. (2010): «Modos somáticos de atención». En: *Cuerpos plurales: antropología de y desde los cuerpos*. Ed. por A. Citro. Buenos Aires: Biblos (citado en páginas 120, 205, 217).
- Cuenca Cabeza, M. (2000): «Ocio humanista. Dimensiones y manifestaciones actuales del ocio». En: *Documentos de Estudios de Ocio*, n.º 16 (citado en páginas 52, 55).
- Cuenca Cabeza, M. y A. Goytia Prat (2012): «Ocio experiencial: antecedentes y características». En: *Arbor*, n.º 188, págs. 265-281. URL: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewFile/1461/1470> (citado en páginas 56, 61).
- Czeresnia, D. y C. Machado de Freitas, comps. (2008): *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial (citado en página XII).
- D'Angelo, A. (2012): «Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de origen oriental: Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención». En: VII Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata. URL: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1814/ev.1814.pdf (citado en páginas XVIII, XIX, 15, 29, 101, 120, 146).
- D'Angelo, A. (2015): «Estilos de vida y consumo en torno al yoga: del fitness al bienestar». En: XI Jornadas de Sociología de la UBA. Buenos Aires (citado en páginas 120, 147).
- De Rivera, J. (1992): "Emotional climate: Social structure and emotional dynamics". En: *International review of studies on emotion* K. Strongman. Nueva York: John Wiley & Sons (citado en páginas 44, 49).
- Denham, S. (2003): "Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health". En: *Journal of Family Nursing* vol. 9, n.º 3, págs. 305-330 (citado en página 162).
- Dew, K., K Chamberlain, D. Hodggets, P. Norris, A. Radley y J. Gabe (2014): "Home as a hybrid centre of medical practice". En: *Sociology of Health and Illness* vol. 36, n.º 1, págs. 28-43 (citado en páginas 65, 88, 91, 93, 95, 99, 111, 126, 128, 134).
- Douglas, M. (1994): "The construction of the physician: a cultural approach to medical fashions". En: *The Healing Bond. The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*. Ed. por S. Budd y U. Sharma. Londres: Routledge (citado en páginas XVIII, 97, 100, 127, 132).

- Dubet, F. y D. Martuccelli (2000): *¿En qué sociedad vivimos?* Buenos Aires: Losada (citado en página 14).
- Ehrenberg, A. (2000): *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión (citado en páginas 14-16, 28, 41, 50, 57, 59).
- Eisenberg, D., C. Ronald, R. Kessler, C. Foster, F. Norlock, D. Calkins y T. Delbanco (1993): "Unconventional Medicine in the United States". En: *The New England Journal of Medicine*, n.º 328, págs. 246-252 (citado en páginas 101, 102).
- Elias, N. (1995a): «Introducción». En: *Deporte y ocio en el proceso de civilización*. Madrid: FCE (citado en página 194).
- Elias, N. (1995b): «La génesis del deporte como problema sociológico». En: *Deporte y ocio en el proceso de civilización*. Madrid: FCE (citado en página 194).
- Elias, N. y E. Dunning (1995): «La búsqueda de la emoción en el ocio». En: *Deporte y ocio en el proceso de civilización*. Madrid: FCE (citado en páginas 194, 205, 208, 217).
- Evans, J., B. Frank, J. Oliffe y D. Gregory (2011): "Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health". En: *Journal of Men's Health* vol. 8, n.º 1, págs. 7-15 (citado en páginas XXII, 74, 79, 95).
- Eyman, S., M. Bellomo, C. Catsicaris y C. Wahren (2009): «Utilización de medicina alternativa o complementaria en una población pediátrica de un hospital de comunidad». En: *Archivos Argentinos de Pediatría* vol. 107, n.º 4, págs. 321-328 (citado en página 101).
- Fadlon, J. (2005): *Negotiating the Holistic Turn: The Domestication of Alternative Medicine*. Nueva York: State University of New York Press (citado en página 99).
- Findling, L., M. Arruñada y E. Klimovsky (2000): «La desregulación de obras sociales: un balance de la libre elección». En: *La salud en crisis*. Buenos Aires: Editorial Dunken (citado en página 4).
- Fischler, C. (1988): "Food, Self and Identity". En: *Social Science Information*, n.º 27, págs. 275-293 (citado en páginas 137, 140, 141, 176, 177, 183).
- Flaherty, M. (2011): *The Textures of Time: Agency and Temporal Experience*. Filadelfia: Temple University Press (citado en página 186).
- Fonseca, M. (2008): "Understanding consumer culture: the roles of food as an important cultural category". En: *Latin American Advances in Consumer Research*, n.º 2, págs. 28-34 (citado en página 140).
- Fontana, A. y J. Frey (2005): "The interview: From neutral stance to political involvement". En: *The Sage handbook of qualitative research*. Ed. por N. Denzin e Y. Lincoln. Thousand Oaks: Sage (citado en páginas XXVII, 1).
- Fox, N. y K. Ward (2008): "What are health identities and how we may study them?" En: *Sociology of Health and Illness* vol. 30, n.º 7, págs. 1007-1021 (citado en página XXVIII).
- Franco, J. y C. Pecci (2002): «La relación médico paciente, la medicina científica y las terapias alternativas». En: *Medicina*, n.º 62 (citado en página 100).
- Freidin, B. (2000): *Los límites de la solidaridad*. Buenos Aires: Lumiere (citado en páginas XXII, 7).

- Freidin, B. (2014): *Proyectos profesionales alternativos. Relatos biográficos de médicos que practican medicinas no convencionales*. Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi (citado en páginas 15, 100, 109, 113).
- Freidin, B. (2016a): «Revisando el uso de los grupos focalizados en la investigación social». En: *Revista Latinoamericana de Metodología* (citado en páginas XXVI, 6, 7).
- Freidin, B. (2016b): «Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el AMBA». En: *Salud Colectiva* vol. 12, n.º 4, págs. 519-536 (citado en página 137).
- Freidin, B. y R. Abrutzky (2010): *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani (citado en páginas 15, 101, 113, 122, 124).
- Freidin, B. y M. Ballesteros (2011): «Dificultades en la conceptualización y cuantificación de la utilización de Medicinas Alternativas y Complementarias». En: *Medicina y Sociedad* vol. 31, n.º 1 (citado en página 101).
- Freidin, B. y M. Ballesteros (2012): «La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del Ayurveda en la prensa argentina». En: *Papeles de Trabajo*, n.º 9 (citado en páginas XVIII, XIX, 120).
- Freidin, B. y M. Ballesteros (2015): “Ayurveda as a health care practice in Argentina”. En: *Current Sociology* vol. 63, n.º 5 (citado en páginas XIX, 97, 101, 110, 120, 122, 124, 146).
- Freidin, B., M. Ballesteros y M. Echeconea (2013): *En búsqueda del equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani (citado en páginas XIX, 15, 101, 120, 142).
- Freidin, B. y P. Borda (2015): «Identidades profesionales heterodoxas: el caso de médicas, médicos y psicólogas que integran medicinas y terapias alternativas en Argentina». En: *Revista Trabajo y Sociedad*, n.º 25 (citado en páginas 15, 16, 58).
- Freidin, B. y S. Timmermans (2008): “Complementary and Alternative Medicine for Children’s Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care”. En: *Qualitative Health Research*, n.º 18, págs. 43-55 (citado en páginas 5, 105).
- Gambachini, A., P. Ramirez Barahona y V. Salerno (2011): «La salud que muestra la TV». En: *Comunicación y salud en Argentina*. Comp. por M. Petracci y S. Waibord. Buenos Aires: La Crujía (citado en página XIX).
- Gergen, K. (2006): *El yo saturado. Dilemas de la identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Páidos (citado en páginas 13, 28, 41).
- Giddens, A. (1991): *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press (citado en páginas XXIII, XXIV, XXVI, 14, 27, 57, 64, 80, 96, 98, 99, 111, 130, 139-141, 143, 150, 155, 174-176).
- Giddens, A. (1995): *La constitución de la sociedad. Bases para la Teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu (citado en páginas XXVII, 14).
- Giddens, A. (2003): “An Interview with Anthony Giddens”. En: *Journal of Consumer Culture* vol. 3, n.º 3, págs. 387-399 (citado en páginas 99, 150, 174).

- Gieryn, T. (1999): *Cultural Boundaries of Science: Credibility on the Line*. Chicago: University of Chicago Press (citado en página 126).
- Gil Flores, J., E García Jiménez y G. Rodríguez Gómez (1994): «El análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante grupos de discusión». En: *Enseñanza*, n.º 12, págs. 183-199 (citado en página 7).
- Gil, G. (2004): «Fútbol y ritos de comensalidad. El chori como referente de identidades masculinas en la Argentina». En: *Antropológica* vol. 22, n.º 22 (citado en página 167).
- Gil-Monte, P. y J. Peiró (1999): «Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo». En: *Anales de psicología* vol. 15, n.º 2 (citado en página 50).
- Goldstein, M. (2000): “The Growing Acceptance of Complementary and Alternative Medicine”. En: *A Handbook of Medical Sociology*. Ed. por C. Bird, E. Conrad y A. Fremont. Upper Saddle River: Prentice Hall (citado en página XVII).
- Gordon, D. y P. Schnall (2009): “Beyond the individual: Connecting Work, Environment and Health”. En: *Unhealthy work: causes, consequence, cures*. Ed. por P. Schnall, M. Dobson y E. Roskam. Amityville: Baywood (citado en página 186).
- Gough, B. y M. Conner (2006): “Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis”. En: *Social Science and Medicine* vol. 62, n.º 2, págs. 387-395 (citado en páginas 164, 173).
- Guinsberg, E. (1994): «El psicoanálisis y el malestar en la cultura neoliberal». En: *Subjetividad y cultura*, n.º 3. URL: <http://subjetividadycultura.org.mx/2013/05/el-psicoanalisis-y-el-malestar-en-la-cultura-neoliberal> (citado en páginas 13, 14, 41, 57).
- Guptill, A., D. Copleton y B. Lucal (2013): *Food and Society: Principles and Paradoxes*. Cambridge: Polity (citado en páginas XXIV, 139-141, 147, 154, 160, 168).
- Hall, P. (2006): “Encoding/Decoding”. En: *Media and Cultural Studies Keywords*. Ed. por D. Durham G. and Kellner. Londres: Willey y Blackwell (citado en página XXV).
- Hannerz, U. (1996): *Transnational Connections: Culture, People, Places*. Londres: Routledge (citado en página 147).
- Hargreaves, J. (1993): «Problemas y promesa en el ocio y los deportes femeninos». En: *Materiales de sociología del deporte*. Comp. por J. Brohm. Madrid: La Piqueta (citado en página 194).
- Heelas, P. (2008): *Spiritualities of life: New Age Romanticism and Consumptive Capitalism*. Oxford: Blackwell (citado en páginas 100, 102, 117, 120, 121, 135, 147).
- Hernández, A., L. Gómez y D. Parra (2010): «Ambientes urbanos y actividad física en adultos mayores: Relevancia del tema para América Latina». En: *Revista Salud Pública* vol. 12, n.º 2, págs. 327-335 (citado en páginas 195, 212).
- Hockey, J. y J. Allen Collinson (2007): “Grasping the Phenomenology of Sporting Bodies”. En: *International Review for the Sociology of Sport* vol. 42, n.º 2, págs. 115-131 (citado en página 194).
- Hollander, J. (2004): “The social contexts of focus groups”. En: *Journal of Contemporary Ethnography* vol. 33, n.º 5, págs. 602-637 (citado en página 106).
- Hornstein, L. (2013): *La encrucijadas actuales del psicoanálisis: subjetividad y vida cotidiana*. Buenos Aires: FCE (citado en páginas 14, 57).

- Huberman, A. y M. Miles (1994): «Manejo de datos y métodos de análisis». En: *Handbook of Qualitative Research*. Ed. por N. Denzin e Y. Lincoln. Londres: Sage (citado en página 8).
- Idoyaga Molina, A. (2002): *Culturas, enfermedades y medicinas: reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de la Argentina*. Buenos Aires: Instituto Universitario Nacional de Arte (citado en páginas 101, 102).
- Idoyaga Molina, A. (2007): «La clasificación de las medicinas, la atención de la salud y la articulación de factores culturales, sociales, económicos y étnicos. Itinerarios terapéuticos en contextos pluriculturales y multiétnicos de Argentina». En: *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Comp. por A. Idoyaga Molina. Buenos Aires: CAEA (citado en página 15).
- Idoyaga Molina, A. y N. Luxardo (2005): «Medicinas no convencionales en Cáncer». En: *Medicina* vol. 65, n.º 5, págs. 390-394 (citado en página 101).
- Ikoniokoff, M., M. Alderete y F. Vázquez Pena (2010): «Uso de medicinas complementarias en atención primaria en una población argentina». En: *Medicina y Sociedad*, n.º 30 (citado en página 101).
- Illouz, E. (2008): *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Berkeley: University of California Press (citado en página 102).
- Illouz, E. (2009): «Emotions, Imagination and Consumption: A new research agenda». En: *Journal of Consumer Culture* vol. 9, n.º 3, págs. 377-413 (citado en páginas 142, 147, 170, 171, 183).
- Illouz, E. (2010): *La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y la cultura de la autoayuda*. Buenos Aires: Katz Editores (citado en páginas 13, 15, 16, 21, 23, 24, 28, 29, 57-59).
- Iso-Ahola, S. (1997): «A psychological analysis of leisure and health». En: *Work, Leisure and Well-being*. Ed. por J. Haworth. Londres: Routledge (citado en página 52).
- Iso-Ahola, S. y D. Coleman (1993): «Leisure and health: the role of social support and self-determination». En: *Journal of Leisure Research*, n.º 25, págs. 111-128 (citado en página 53).
- Jabs, J. y C. Devine (2006): «Time scarcity and food choice». En: *Appetite* vol. 47, n.º 2, págs. 196-204 (citado en páginas 162, 183, 185).
- Jadad, A., C. Rizo y M. Enkin (2003): «I am a good patient, believe it or not». En: *British Medical Journal* vol. 326, n.º 7402, págs. 1293-1295 (citado en página 79).
- Jaddad, A. y A. Gagliardi (1998): «Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel?» En: *Journal of the American Medical Association* vol. 279, n.º 8 (citado en página 84).
- Jain, N. y J. Astin (2001): «Barriers to acceptance: an exploratory study of complementary/ alternative medicine disuse». En: *Journal of alternative and complementary medicine* vol. 7, n.º 6, págs. 689-696 (citado en página 127).
- Jait, A. (2011): «Los 100 días que vivimos en peligro: la construcción del nuevo virus de la influenza (H1N1) en Clarín». En: *Comunicación y salud en Argentina*. Ed. por M. Petracci y S. Waibord. Buenos Aires: La Crujía (citado en página XIX).
- Jastran, M., M. Bisogni, C. Sobal, J. Blake y C. Devine (2009): «Eating Routines: Embedded, value based, modifiable, and reflective». En: *Appetite*, n.º 52, págs. 127-136 (citado en página 185).

- Johnston, J., M. Szabo y A. Rodney (2011): "Good food, good people: Understanding the cultural repertoire of ethical eating". En: *Journal of Consumer Culture* vol. 11, n.º 3, págs. 293-318 (citado en páginas 140, 178).
- Kamberelis, G. y G. Demitriadis (2013): *Focus Groups: From structures interviews to collective conversations*. Londres: Routledge (citado en páginas XXVI, XXVIII, 1, 5).
- Katz, M. (2010): «Comer: práctica individual, práctica social». En: *Comer: puentes entre la alimentación y la cultura*. Buenos Aires: Libros del Zorzal (citado en página 158).
- Keshet, Y. y D. Simchai (2014): "The 'gender puzzle' of alternative medicine and holistic spirituality: A literature Review". En: *Social Science & Medicine*, n.º 113, págs. 77-86 (citado en páginas 101, 102, 121, 122).
- Kitzinger, J. (1994): "The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants". En: *Sociology of Health and Illness* vol. 16, n.º 1, págs. 103-121 (citado en páginas 4, 5).
- Klein, R. (2010): "What is Health and How Do you Get it?" En: *Against Health: How Health Became a New Morality*. Ed. por M. Metz y A. Kirkland. Nueva York: NYU Press (citado en páginas XIX, 166).
- Knodel, J. (1993): "The design and analysis of focus group studies: A practical approach". En: *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. Comp. por D. Morgan. Newbery Park: Sage (citado en página 3).
- Koch, S. (2012): *A Theory of Grocery Shopping: Food, Choice and Conflict*. Londres: Berg Publishers (citado en páginas 162, 164).
- Koldobsky, D. (2011): «La gastronomía en el discurso crítico actual». En: *Comer, beber, hablar: Semióticas culinarias*. Comp. por O. Traversa. Buenos Aires: La Crujía (citado en página 145).
- Korman, G. (2007): «Complementariedad terapéutica: entre psicoterapias y terapias alternativas en Buenos Aires». En: *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Comp. por A. Idoyaga Molina. Vol. 2. Buenos Aires: CAEA y IUNA (citado en página 15).
- Korman, G. y A. Idoyaga Molina (2010): *Cultura y Depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Akadia Editorial (citado en página 15).
- Kornblit, A. (2007): *Culturas juveniles*. Buenos Aires: EUDEBA (citado en páginas XXII, 66).
- Kornblit, A., A. Mendes Diz, P. Di Leo, A. Camarotti y D. Adaszko (2005): *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires (Documento de Trabajo 45)*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani (citado en página 66).
- Kristeva, J. (1995): *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Ediciones Cátedra (citado en página 13).
- Kristoffersen, A., V. Fonebo y A. Norheim (2008): «Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients: Classification Criteria Determine Level of Use». En: *Journal of Complementary and Alternative Medicine* vol. 14, n.º 8, págs. 911-919 (citado en página 102).
- Krueger, R. (1988): *Focus Group: A Practical Guide for Applied Research*. Londres: Sage (citado en páginas 4, 7).

- Krueger, R. (1995): "The Future of Focus Groups". En: *Qualitative Health Research* vol. 5, n.º 4, págs. 524-530 (citado en página 6).
- Lasch, C. (1999): *La cultura del narcisismo*. Barcelona: Editorial Andrés Bello (citado en páginas 15, 24, 27, 57).
- Lawton, J. (2002): "Colonizing the future; temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult lifecourse". En: *Sociology of Health and Illness* vol. 24, n.º 2, págs. 714-733 (citado en páginas XXII, 63, 66, 75, 95).
- Le Breton, D. (1990): *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión (citado en página 131).
- Lee-Treweek, G. (2002): «Trust in complementary medicine: the case of cranial osteopathy». En: *The Sociological Review* vol. 50, n.º 1 (citado en página 99).
- Liamputtong, P. (2011): *Focus Group Methodology: Principles and Practice*. Londres: Sage (citado en páginas XXVII, 1, 5, 6).
- Lipovetsky, G. (2006): *La hipermodernidad*. Barcelona: Anagrama (citado en página 194).
- Lipovetsky, G. (2010): *La felicidad paradójica: ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama (citado en páginas XVII, XVIII, 16, 28, 49, 50, 52, 54, 55, 61, 89, 98, 117, 138, 150, 153, 205, 208).
- Lipworth, W., C. Hooker y S. Carter (2011): "Balance, Balancing, and Health". En: *Qualitative Health Research* vol. 21, n.º 5, págs. 714-725 (citado en páginas 142, 166).
- Llovet, J. (1984): *Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso*. Buenos Aires: CEDES (citado en página 95).
- Lodieu, M. y H. Scaglia (2006): «La identidad profesional del psicólogo». En: *Diagnos*, n.º 3, págs. 55-62 (citado en página 16).
- López Paz, J. (2006): «Ocio y salud». En: *Aproximación Multidisciplinar a los Estudios de Ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto (citado en página 52).
- Lorenzen, J. (2012): "Going green: The process of lifestyle change". En: *Sociological Forum* vol. 27, n.º 1, págs. 94-115 (citado en páginas XXIV, 139, 141, 142).
- Lowenberg, J. y F. Davies (1994): "Beyond medicalisation demedicalisation: the case of holistic health". En: *Sociology of Health and Illness* vol. 16, n.º 5 (citado en páginas XVII, 97).
- Lunt, P. y S. Livingstone (1996): "Rethinking the Focus Groups in Media and Communication Research". En: *Journal of Communications* vol. 46, n.º 2, págs. 79-98 (citado en páginas XXVII, 4).
- Lupton, D. (1996): *Food, the body, and the self*. Londres: SAGE (citado en páginas XV, XX, XXI, 14, 66, 72, 80, 137-139, 141-143, 147, 151, 152, 157, 163, 168, 170, 171, 177, 182).
- Lupton, D. (1997a): *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. Londres: Sage (citado en páginas XII, XIV-XVI, XIX-XXI, XXIII, 138, 139, 193, 216).
- Lupton, D. (1997b): "Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter". En: *Social Sciences & Medicine* vol. 45, n.º 3, págs. 373-381 (citado en páginas 63, 64, 66, 70, 80, 113).
- Lupton, D. (2000): "Food, risk and subjectivity". En: *Health, medicine and society*. Ed. por S. Williams, J. Gabe y M. Calnan. Londres: Routledge (citado en páginas 138, 144, 145, 152).

- Lupton, D. (2005): "Lay discourses and beliefs related to food risks: an Australian perspective". En: *Sociology of Health and Illness* vol. 27, n.º 4, págs. 448-467 (citado en páginas 138, 143, 144, 173).
- Lupton, D. (2009): *Medicine as culture*. Londres: SAGE (citado en páginas 64, 70, 111, 114, 116, 155).
- Lupton, D. y S. Chapman (1995): "'A Healthy lifestyle might be the death of you': discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public". En: *Sociology of Health and Illness* vol. 17, n.º 4, págs. 477-494 (citado en página 142).
- Luz, M. (2005): «Cultura contemporánea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX». En: *PHYSIS*, n.º 15 (citado en páginas 15, 105, 113).
- MacDonald, R. y T. Shildrick (2013): "Youth and wellbeing: experiencing bereavement and ill health in marginalized young people's transitions". En: *Sociology of Health and Illness*, págs. 147-161 (citado en página XXII).
- Marchiori Buss, P. (2008): «Una introducción al concepto de promoción de la salud». En: *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones y tendencias*. Comp. por D. Czeresnia y C. Machado de Freitas. Buenos Aires: Lugar Editorial (citado en página XI).
- Maye, D. y J. Kirwan (2010): "Alternative Food Networks". En: *Sociopedia. International Sociological Association*, págs. 1-12 (citado en página 140).
- Mechanic, D. y S. Meyer (2000): "Concepts of Trust among Patients with Serious Illnesses". En: *Social Science and Medicine*, n.º 51, págs. 657-668 (citado en páginas 64, 80, 130).
- Melucci, A. (1996): *The Playing Self: Person and Meaning in the Planetary Society*. Cambridge: Cambridge University Press (citado en páginas 100, 150).
- Menéndez, E. (2009): *De sujetos, saberes, y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial (citado en páginas XVI-XVIII, XXI, XXII, 5, 15, 63, 65, 88, 95, 97, 99, 101, 102, 137, 194, 216).
- Merleau Ponty, M. (1976): *La estructura del comportamiento*. Buenos Aires: Hachette (citado en página 205).
- Metzl, J. (2010): "Why 'Against Health'?" En: *Against Health: How Health Became a New Morality*. Ed. por M. Metzl y A. Kirkland. Nueva York: NYU Press (citado en páginas XX, XXI).
- Miles, M., A. Huberman y J. Saldaña (2014): «Designing Matrix and Network Displays». En: *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Londres: Sage (citado en página 8).
- Miller, F., L. Colloca y T. Kaptchuk (2009): "The placebo effect: illness and interpersonal healing". En: *Perspectives on Biology and Medicine* vol. 52, n.º 4 (citado en página 131).
- Mintz, S. y C. Du Bois (2002): "The Anthropology of Food and Eating". En: *Annual Review of Anthropology*, n.º 31, págs. 99-119 (citado en páginas 143, 161).
- Mollering, G. (2001): "The nature of trust: From George Simmel to a Theory of Expectation, Interpretation and Suspension". En: *Sociology* vol. 35, n.º 2 (citado en página 130).

- Moore, S. (2010): "It's the Healthy Body Gendered? Toward a Feminist Critique of the New Paradigm of Health". En: *Body & Society* vol. 16, n.º 2, págs. 95-118 (citado en páginas XXII, 122, 138, 168).
- Morgan, D. (1993): "Future Directions for Focus Groups". En: *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. Comp. por D. Morgan. Newbery Park: Sage (citado en páginas 3, 6).
- Morgan, D. (2010): "Reconsidering the Role of Interaction in Analyzing and Reporting Focus Groups". En: *Qualitative Health Research* vol. 20, n.º 5, págs. 718-722 (citado en páginas XXVII, 7).
- MSAL (2011): *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación (citado en página 193).
- MSAL (2015): *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación (citado en página 193).
- Munné, F. y N. Codina (1996): «Psicología Social del ocio y el tiempo libre». En: *Psicología Social Aplicada*. Ed. por J. Álvaro, A. Garrido y J. Torregrosa. Madrid: McGraw-Hill (citado en página 53).
- Murcott, A. (1995): "Social Influences on food choice and dietary change: a sociological attitude". En: *Proceedings of the Nutrition Society*, n.º 54, págs. 729-735 (citado en páginas XXIV, 139, 143, 161).
- Nath, J. (2010): "Gendered fare? A qualitative investigation of alternative food masculinities". En: *Journal of Sociology* vol. 47, n.º 3, págs. 261-278 (citado en página 138).
- NCCAM (2008): *What is complementary and Alternative Medicine?* National Center for Complementary y Alternative Medicine (citado en página 102).
- NCCAM (2013): *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* National Center for Complementary y Alternative Medicine (citado en página 102).
- Nichol, J., E. Thompson y A. Shaw (2011): "Belief, Decision-Making, and Dialogue About Complementary and Alternative Medicine (CAM) Within Families Using CAM: A Qualitative Study". En: *Journal of Complementary and Alternative Medicine* vol. 17, n.º 2, págs. 117-125 (citado en páginas 105, 122).
- OMS (1986): *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (citado en páginas XI, 193, 196).
- OMS (1998): *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (citado en páginas XI, XII).
- OMS (2002): *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (citado en páginas XVII, 97).
- OMS (2003): *Dieta, nutrición y prevención de Enfermedades crónicas. Serie Informes Técnicos 196*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (citado en páginas XIII, 137).
- OMS (2011): *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (citado en páginas XI, XIII, 193).
- OPS (2003): *Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio*. Whashington: Organización Panamericana de la Salud (citado en página 193).

- OPS (2007): *Renovación de la atención primaria de la salud en las américas: documento de posición de la organización panamericana de la salud*. Whashington: Organización Panamericana de la Salud (citado en página XI).
- OPS (2012): *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Whashington: Organización Panamericana de la Salud (citado en página 193).
- OPS (2013): *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Whashington: Organización Panamericana de la Salud (citado en páginas XI, 193).
- Ortiz Hernández, L. (2005): «Disparidad en la disponibilidad de infraestructura para la actividad física deportiva en los municipios de México». En: *Revista Salud Pública y Nutrición* vol. 6, n.º 4 (citado en páginas 195, 196, 212).
- Ortiz Hernández, L. (2007): «La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y nutrición». En: *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Comp. por E. Jarillo Soto y E. Guinsberg. Buenos Aires: Lugar Editorial (citado en página 195).
- Páez, D., J. Ruiz, O. Gailly, A. Kornblit, E. Wiesenfeld y C. Vidal (1996): «Clima Emocional: su concepto y medición mediante una investigación transcultural». En: *Revista de Psicología Social*, n.º 12 (citado en página 44).
- Papalini, V. (2007): «La literatura de autoayuda, una subjetividad del Sí-Mismo enajenado». En: *La trama de la Comunicación*, n.º 11, págs. 331-342 (citado en páginas 29, 31, 59).
- Papalini, V. (2010): «Libros de autoayuda: Biblioterapia para la felicidad». En: *Athenea*, n.º 19, págs. 147-169 (citado en página 31).
- Papalini, V. (2013): «Recetas para sobrevivir a las exigencias del neocapitalismo (o de cómo la autoayuda se volvió parte de nuestro sentido común)». En: *Revista Nueva Sociedad*, n.º 245, págs. 163-177. URL: <http://nuso.org/revista/245/intelectuales-politica-y-poder-que-hay-de-nuevo> (citado en página 31).
- Papalini, V. (2014): «Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad». En: *Methaodos* vol. 2, n.º 2, págs. 212-226 (citado en páginas XIX, 15, 98, 146).
- Parra, D., T. McKenzie, I. Ribeiro, A. Hino, M. Dreisinger, K. Coniglio y E. Simoes (2010): «Assessing physical activity in public parks in Brazil using systematic observation». En: *American journal of public health* vol. 100, n.º 8 (citado en página 212).
- Patel, R. (2014a): «Obesos y famélicos: globalización, hambre y negocios en el nuevo sistema alimentario mundial». En: *Enfoques socioculturales de la alimentación: lecturas para el equipo de salud*. Ed. por L. Piaggio y A. Solans. Buenos Aires: Akadia Editorial (citado en página 140).
- Patel, R. (2014b): «Soberanía alimentaria: poder, género y el derecho a la alimentación». En: *Enfoques socioculturales de la alimentación: lecturas para el equipo de salud*. Comp. por L. Piaggio y A. Solans. Buenos Aires: Akadia Editorial (citado en páginas 140, 185).
- Peña Quimbaya, E., E. Colina Gallo y A. Vásquez Gómez (2009): «Actividad física en empleados de la Universidad de Caldas». En: *Hacia la Promoción de la Salud*, págs. 53-66 (citado en páginas 195, 196).
- Peiró, J. (2001): «El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva». En: *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene*

- en el trabajo, n.º 13. URL: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Peiro/publication/39174637_El_estrs_laboral_una_perspectiva_individual_y_colectiva/links/0a85e53c40d925b326000000.pdf (citado en páginas 49, 50).
- Peiró, J. e I. Rodríguez (2008): «Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional». En: *Papeles del Psicólogo* vol. 29, n.º 1. URL: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1540.pdf> (citado en páginas 49, 50).
- Pescosolido, B. (1991): “Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance”. En: *Advances in Medical Sociology*, n.º 2 (citado en páginas 5, 65, 93, 99, 124).
- Petracci, M. y S. Waisbord (2011): «Introducción». En: *Comunicación y salud en Argentina*. Buenos Aires: La Crujía (citado en página XIX).
- Phelan, J., B. Link y P. Tehranifar (2010): “Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications”. En: *Journal of Health and Social Behavior*, n.º 51, S28-S40 (citado en páginas XXI, 138).
- Phillips, L y M. Jorgensen (2004): *Discourse Analysis as Theory and Method*. Londres: Sage (citado en páginas XXV, XXVIII).
- Plotkin, M. (2003): *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana (citado en páginas 16, 58).
- PNUD (2011): *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina*. Buenos Aires (citado en página 4).
- Ponce, M. (2012): «Salud, prevención y experiencias del embarazo, el parto, el posparto y la lactancia». En: *Maternidades, paternidades, trabajo y salud: ¿Transformaciones o retoques?* Comp. por E. López y L. Findling. Buenos Aires: Biblos (citado en página 74).
- Pound, P., N. Britten, M. Morganc, L. Yardleyd, C. Popee, G. Daker Whitea y R. Campbella (2005): “Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking”. En: *Social Science & Medicine*, n.º 61, págs. 133-155 (citado en páginas 83, 84, 111).
- Prüss-Üstün, A. y C. Corvalán (2006): *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva: WHO (citado en páginas XII, 179).
- Reed, K. (2013): “Beyond Hegemonic Masculinity: The Role of Family Genetic History in Men’s Accounts of Health”. En: *Sociology* vol. 47, n.º 5, págs. 906-820 (citado en páginas 73, 75, 79, 95).
- Rieff, P. (1996): *The Triumph of the Therapeutic*. Harmondsworth: Penguin (citado en páginas 15, 24, 27).
- Rieker, P., C. Bird y M. Lang (2010): “Understanding Gender and Health: Old Patterns, New Trends, and Future Directions”. En: *Timmermans: Handbook of Medical Sociology*. 6.ª ed. Nashville: Vanderbilt University Press (citado en páginas XXII, 65, 70, 91).
- Robertson, S. (2006): “‘Not living life in too much of an excess’: lay men understanding health and well-being”. En: *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* vol. 10, n.º 2, págs. 175-189 (citado en páginas XXII, 65, 73, 200).

- Robledo Martínez, R. (2006): «Características Socioculturales de la Actividad Física en Tres Regiones de Colombia». En: *Revista Salud Pública* vol. 8, n.º 2, págs. 13-27 (citado en páginas 195, 212).
- Rodríguez, A. (2010): «“Callate y entrena. Sin dolor no hay ganancia”: corporalidad y prácticas ascéticas entre fisicoculturistas amateurs». En: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* vol. 1, n.º 3, págs. 51-60 (citado en página 201).
- Ross, A. (2012): *The Anthropology of Alternative Medicine*. Londres: Berg (citado en páginas 97, 98, 101, 105).
- Ross, C. y C. Wu (1995): “The links between education and health”. En: *American Sociological Review*, n.º 60, págs. 719-745 (citado en página XXI).
- Ruggie, M. (2005): *Marginal to Mainstream*. Cambridge: Cambridge University (citado en página 100).
- Saint Onge, J. y P. Krueger (2011): “Education and Racial Ethnic Differences in Types of Exercise in the United States”. En: *Journal of Health and Social Behavior* vol. 52, n.º 2, págs. 197-211 (citado en página 194).
- Saizar, M. (2009): *De Krishna a Chopra: filosofía y prácticas del yoga en Buenos Aires*. Buenos Aires: Antropofagia (citado en páginas 101, 120).
- Saizar, M., M. Bordes y M. Sarudiansky (2011): «La inserción de terapias no biomédicas en los intersticios del sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires: el nuevo voluntariado terapéutico». En: IX Jornadas de Sociología. Buenos Aires (citado en páginas 15, 100, 120).
- Saizar, M. y G. Korman (2012): “Interactions between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina”. En: *SAGE Open* vol. 2, n.º 3. URL: <http://sgo.sagepub.com/content/2/3/2158244012454438> (citado en página 15).
- Sandóz, T. (2010): *Historias paralelas de la medicina: de las flores de Bach a la osteopatía*. México, DF: FCE (citado en página 101).
- Santamaría, M. (2006): «Sociología del ocio». En: *Aproximación Multidisciplinar a los Estudios de Ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto (citado en páginas 52, 55).
- Santamaría, M. y A. Marugán (2000): «El ocio de la sociedad apresurada: el caso vasco». En: *Documentos de Estudios de Ocio* vol. 10, (citado en página 40).
- Sassatelli, R. (2012): *Consumo, cultura y sociedad*. Buenos Aires: Amorrortu (citado en páginas XXIV, XXV, 139, 140, 143, 147, 152, 174, 182).
- Sautu, R. (2011): *El análisis de las clases sociales: teorías y metodologías*. Buenos Aires: Luxemburg (citado en páginas 3, 208).
- Schuler, M. (1987): *Estrategias familiares en relación a la atención de la salud*. Buenos Aires: Informe CONICET (citado en páginas 90, 95).
- Schuster, T. (2004): “Wellness Lifestyles I: A Theoretical Framework Linking Wellness, Health Lifestyles, and Complementary and Alternative Medicine”. En: *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* vol. 10, n.º 2 (citado en página 120).
- Sennett, R. (2000): *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama (citado en páginas 49, 50).
- Sharma, U. (1996): “Using Complementary Therapies: A challenge to Orthodox medicine?” En: *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. Ed. por S. Williams y M. Calnan. Londres: UCL Press (citado en páginas 98, 107).

- Shilling, C. (1997): *The Body and Social Theory*. Londres: Sage (citado en páginas 66, 170).
- Shostak, S. y J. Freese (2010): "Gene-Environment Interaction and Medical Sociology". En: *Handbook of Medical Sociology*. 6.^a ed. Nashville: Vanderbilt University Press (citado en página 68).
- Sointu, E. (2006): "The search for wellbeing in alternative and complementary practices". En: *Sociology of Health and Illness* vol. 28, n.º 3, págs. 330-349 (citado en páginas 117, 120).
- Sointu, E. (2012): *Theorizing Complementary and Alternative Medicines: Wellbeing, Self, Gender, Class*. Nueva York: Palgrave (citado en páginas 98-101, 107, 109, 111, 122, 135).
- Sointu, E. (2013): "Complementary and alternative medicines, embodied subjectivity and experiences of healing". En: *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* vol. 7, n.º 5, págs. 530-545 (citado en páginas 97, 120, 131).
- Strazdins, L., J. Welsh, D. Kordal R. and Broom y F. Paolucci (2015): "Not all hours are equal: could time be a social determinant of health?" En: *Sociology of Health & Illness* (citado en página 185).
- Svampa, M. (2001): *Los que ganaron: la vida en los countries y barrios privados*. Buenos Aires: Biblos (citado en página 150).
- Techio, E., E. Zubieta, D. Paez, J. De Rivera, B. Rime y P. Kanyangara (2011): «Clima emocional y violencia colectiva: el estado de la cuestión y los instrumentos de medición». En: *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid: Editorial Fundamentos (citado en página 44).
- Thoits, P. (2011): "Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health". En: *Journal of Health and Social Behavior* vol. 52, n.º 2, págs. 145-161 (citado en página 188).
- Thompson, C. (1996): "Caring Consumers: Gendered Consumption Meanings and the Juggling Lifestyle". En: *Journal of Consumer Research*, n.º 22 (citado en páginas 162, 164).
- Timmermans, S. y M. Buchbinder (2010): "Patients-in-Waiting: Living Between Sickness and Health in the Genomics Era". En: *Journal of Health and Social Behavior* vol. 51, n.º 4, págs. 408-423 (citado en páginas XVI, 63).
- Torricelli, F. y A. Leibovich de Duarte (2005): «Representaciones y perfil profesional de residentes de salud mental». En: XII Jornadas de Investigación. Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Avances, nuevos desarrollos e integración regional. Buenos Aires (citado en página 16).
- Traversa, O. (2011a): «El asado escrito: lo dicho y el decir en torno a una práctica culinaria». En: *Comer, beber, hablar: semióticas culinarias*. Buenos Aires: La Crujía (citado en página 167).
- Traversa, O. (2011b): «Hábitos alimentarios y construcciones discursivas». En: *Comer, beber, hablar: Semióticas culinarias*. Comp. por O. Traversa. Buenos Aires: La Crujía (citado en páginas XXI, 137, 144).
- Turner, B. (2004): *The new medical sociology*. Nueva York: Norton (citado en páginas 97, 113).

- Valente, T. (2000): «Social Networks and Mass Media: The “Diffusion” of CAM». En: *Complementary and Alternative Medicine*. Ed. por M. Kellner y B. Wellman. Amsterdam: Harwood (citado en página 124).
- Vanderminiden, J. y S. Potter (2010): “Challenges to the Doctor-Patient Relationship in the Twenty-First Century”. En: *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Ed. por W. Cockerham. Londres: Wiley-Blackwell (citado en páginas 64, 80, 84).
- Vará, A. (2011): “El juego del miedo, el juego de estatus: promoción de una vacuna contra el HPV en la Argentina”. En: *Comunicación y salud en Argentina*. compileer M. Petracci y S. Waibord. Buenos Ares: La Crujía (citado en página XIX).
- Waisbord, S. (2011): «Cuando la salud es titular: Dengue, gripe A, y “ciclos mediáticos epidémicos”». En: *Comunicación y salud en Argentina*. Comp. por M. Petracci y S. Waibord. Buenos Ares: La Crujía (citado en páginas XIX, 156).
- Waisbord, S. (2015): «Perspectivas críticas en investigación y salud: ideas para investigaciones futuras». En: *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Comp. por M. Petracci. Buenos Aires: Prometeo (citado en página XIX).
- Ward, P., J. Coveney y J. Henderson (2010): “Editorial: A sociology of food and eating. Why now?” En: *Journal of Sociology* vol. 46, n.º 4, págs. 347-351 (citado en páginas 137, 140).
- Ward, P., J. Henderson, J. Coveney y S. Meyer (2011): “How do South Australian consumers negotiate and respond to information in the media about food and nutrition? The importance of risk, trust and uncertainty”. En: *Journal of Sociology* vol. 48, n.º 1 (citado en páginas 139, 145, 155).
- Williams, S. (1995): “Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?” En: *Sociology of Health & Illness* vol. 17, n.º 5, págs. 577-601 (citado en páginas XXVI, 157, 169).
- Williams, S. y M. Calnan (1996): “The ‘Limits’ of Medicalization? Modern Medicine and The Lay Populace in ‘Late’ Modernity”. En: *Social Sciences & Medicine* vol. 42, n.º 12, págs. 1609-1620 (citado en páginas XXIII, 64, 80, 96, 97, 100, 130).
- Willson, T. (2009): *Understanding Media Users: From Theory to Practice*. Sussex: Wiley y Blackwell (citado en páginas 143, 170, 174).
- Wolpe, P. (1999): “From Quackery to ‘integrated care’. Power, Politics, and Alternative Medicine”. En: *The Center for Frontier Sciences* vol. 8, n.º 1, págs. 10-12 (citado en páginas XVIII, 97).
- Zinn, J. (2004): “Literature Review: Sociology and Risk. Working Paper”. En: *Social Contexts and Responses to Risk Network (SCARR)* vol. 1, URL: <http://www.kent.ac.uk/scarr> (citado en página 66).
- Zubieta, E., M. Muratori y S. Mele (2012): «Bienestar, clima emocional, percepción de problemas sociales y confianza». En: *Anuario de Investigaciones* vol. 19, (citado en página 44).
- Zuzanek, J. (2004): “Work, leisure, time-pressure and stress”. En: *Work and Leisure*. Ed. por J. Haworth y A. Veal. Londres: Routledge (citado en páginas 40, 60).