CAPÍTULO 1

EL CONCEPTO DE ESTILOS DE VIDA

Diversos autores han manifestado que el concepto de estilos de vida se debe a los estudiosos de las ciencias sociomédicas, aunque la verdad es que el término y lo que ello implica, fue sugerido tiempo más atrás por investigadores de las ciencias sociales como Marx y Parsons quienes explicaron que la estructura social y la división social del trabajo determinan económicamente los estilos de vida de las personas en relación a su actividad laboral, política, social, hábitos de salud, etc. (Coreil, Levin y Jaco, 1992). Posteriormente, otros estudiosos como Coleman (1964) desde la psicología, han ido haciendo referencia a esto (Rodríguez, 1992), lo que nos han dado elementos para argumentar que la cultura es un crisol de "estilos de vida" determinados por el medio social.

En los últimos tiempos, distintos investigadores de las ciencias que se abocan al estudio de los comportamientos respecto a la salud y la enfermedad, es decir, los hábitos de salud, han argumentado que uno de los factores menos estudiados dentro de esta problemática, y que a la vez se constituye en uno de los más influyentes en la crisis de la atención a la salud es precisamente el de los estilos de vida (lifestyles). En relación a los hábitos de salud, dicho concepto hace alusión a las diversas conductas o hábitos cotidianos que tienen las personas, ya sean positivos o negativos, tales como la práctica o falta de ejercicio, los hábitos higienicos o alimenticios adecuados o inadecuados, el consumo o no de alcohol, tabaco y drogas, prácticas

sexuales seguras o de riesgo, etc., que afectan a su salud (OMS, 1978; 1980; Ibánez, 1990; Rodríguez, 1992), es decir, su forma de vivir. En la actualidad este concepto es admitido y aplicado ampliamente en diferentes disciplinas, debido, entre otras cosas, a que se ha señalado de forma reiterada que de las diez principales causas de muerte en los países desarrollados, la mayoría están determinadas por aspectos relacionados con el comportamiento de las personas (Matarazzo, 1984; San Martín, 1982; Costa y López, 1986), o sea, por sus estilos de vida. Específicamente, hábitos como el consumo de alcohol, tabaco, el no uso del cinturón de seguridad y las prácticas dietéticas inapropiadas, por sí solos se dice, explican alrededor del 40% de las causas de mortalidad (SESPAS, 1993).

De los diversos estudios sobre los estilos de vida y los hábitos de salud se han desprendido cuatro importantes conclusiones: la primera, que los estilos de vida se adquieren a través del proceso de aprendizaje, ya sea a través de la experiencia directa o la experiencia vicaria; la segunda, que se debe conocer el contexto o los escenarios donde se llevan a cabo esos comportamientos; la tercera, que todas aquellas intervenciones tendientes a tratar de modificar positivamente los patrones de comportamiento de la población con respecto a los hábitos saludables, deben alcanzar a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos; y la cuarta, que los grupos de jóvenes constituyen una población objetivo fundamental con un doble propósito: el de que adquieran hábitos saludables para su etapa adulta y aumentar el nivel de conciencia respecto a las conductas saludables en toda la poblacion. Esta última conclusión se torna cada vez mas importante por el hecho, ya comprobado, que los jóvenes constituyen un grupo de alto riesgo, debido, sobre todo, a que ellos presentan más conductas

de riesgo y menos hábitos saludables que los adultos (Leventhal, Prohaska y Hirschman, 1985; Ibánez, 1990; Rodríguez, 1992; Gibbons & Gerrard, 1995).

Es un hecho que la toma de decisiones por parte de las personas para llevar a cabo determinadas conductas y establecer hábitos no puede considerarse absolutamente libre de influencias. Estas se producen en un determinado contexto económico, cultural, social y físico. Es así, que la variedad de alternativas de decisión que tienen las personas a su vez están determinadas por decisiones tomadas a otros niveles, en políticas que implementan los gobiernos (tanto locales, regionales, nacionales e internacionales), las compañías privadas, etc. (San Martín, 1982; Mechanic, 1990). Todas estas determinantes influyen en la toma personal de decisión de consumir o no alcohol, tabaco, alimentos chatarra, de hacer ejercicio, etc. Es por todo ello, que para comprender los diversos comportamientos de las personas relacionados con su salud es necesario considerar todos estos factores.

De igual forma, en los últimos tiempos se ha argumentado (y en ello están de acuerdo infinidad de autores de diferente orientación teórica) y mostrado, que lo que finalmente determina el comportamiento son las creencias que se tienen respecto al objeto y a las creencias referentes a llevar a cabo determinados comportamientos en relación a ese determinado objeto (Rokeach, 1968; Ajzen y Fishbein, 1980; Moscovici, 1992; Gibbons & Gerrard, 1995). También se ha argumentado que las actitudes son un componente esencial de las creencias (Becker, 1984; Páez, et al, 1987; Stroebe & Stroebe, 1995). De ahí la importancia de las actitudes: el de ser un componente esencial, básico en la constitución de

las creencias respecto a los objetos y el de ser un indicador del agrado o desagrado que tiene la persona ante determinado objeto, en si, el de ser una estructura interna de procesamiento, que es moldeada por la cultura y el grupo de pertenencia.

1.1 LAS ACTITUDES Y LOS ESTILOS DE VIDA

En relación a los estilos de vida, uno de los factores más estudiado es el de las actitudes. Para dar un panorama del tema de las actitudes queremos mencionar solo algunos datos: en la década de los 30s se afirmaba que las actitudes eran la piedra angular dentro de la psicología social (Allport, 1924; Thomas y Znaniecki, 1927; Thurstone, 1928; Bogardus, 1931; Folsom, 1931; Likert, 1932); en la década de los 40s y los 50s hablar de psicología social era prácticamente definir a ésta como la encargada del estudio de las actitudes (Eiser, 1989, Echebarría, 1992). En 1967 Chester A. Insko (1967) mostró que en el área de la psicología había doce tipos de teorías sobre el cambio de actitudes y dentro de las mismas, doce tipos de definiciones de lo que es actitud. A partir de los 70s el interés por el tema de las actitudes tiende a decrecer (Rockeach, 1972; Eiser, 1989) en la actualidad el tema de las actitudes se considera básico para el estudio de la conducta humana, pero no el único ni el más importante (Eiser, 1989; Echebarría, 1992; Morales, Rebolloso y Moya, 1994).

Hemos querido mencionar estos datos para que aquellos no familiarizados con el tema de las actitudes se enteren de la larga historia de este concepto dentro de la psicología y que ello les permita imaginar todas la dificultades que se han generado en torno a ellas:

desde la definición de las mismas, hasta el porqué se han desarrollado los diversos modelos de cambio de actitudes (Fishbein y Ajzen, 1980).

Podemos mencionar algunos ejemplos para mostrar algunas de las diversas concepciones acerca de la relaciones entre la actitud y el comportamiento: Osgood y Tannenbaum (1955) afirman que el cambio de actitudes se efectúa a través del "principio de congruencia"; por su parte Festinger (1957, 1964) argumenta que el cambio de actitudes se da a través de la "disonancia cognitiva".

De los puntos en común entre tanta diversidad de concepciones acerca de las actitudes, está el "acuerdo generalizado" respecto a que las actitudes están compuestas por tres componentes esenciales: uno que sería de carácter afectivo (entendido esto como sentimientos evaluativos y preferencias); uno de carácter cognitivo (en el sentido de opiniones y creencias); y uno de carácter conativo (es decir, como acciones manifiestas y enunciamientos de intento de comportamiento) (Triandis, 1971; Eiser, 1989; Morales, Rebolloso y Moya, 1994).

Ahora bien, a la par de los tres componentes propios de las actitudes, se han encontrado ciertos factores externos que han mostrado ser relevantes en la relación actitud-comportamiento, además de que se ha comprobado que la variación en alguno de ellos provoca una variación en las actitudes así como también en los comportamientos (Fishbein y Ajzen, 1980).

Estos elementos serían los siguientes:

.- El tipo de acción o comportamiento a realizar

.- El objetivo de esa acción o comportamiento

.- El contexto en el que se debe realizar dicha acción o comportamiento

.- El factor tiempo

Nos valdremos del siguiente ejemplo para explicar la influencia de estos factores: una persona puede tener ciertas actitudes sobre el ingerir cerveza y éstas ser muy diferentes de sus actitudes acerca de tomar tequila (cambio en el elemento objetivo); asimismo, esta persona puede tener ciertas actitudes acerca de consumir cerveza con los amigos, diferentes de las actitudes de consumir cerveza frente a menores de edad (cambio en el contexto); por otra parte, esta persona puede tener cierta actitud respecto a consumir cerveza después de trabajar, diferente a la actitud de tomar cerveza antes de trabajar (cambios en el elemento tiempo); por último, esta persona puede tener cierta actitud acerca de consumir cerveza, diferente a la actitud acerca de vender cerveza (cambio en el elemento acción).

El ejemplo nos muestra cómo hay ciertos elementos que condicionan el despliegue de actitudes y como éstos actúan en bloque, condicionando la relación actitud-comportamiento. Obviamente la variación de alguno o algunos de ellos, tendrá como resultado una variación en el conjunto.

1.2 LA PSICOLOGÍA COGNITIVA Y SU EXPLICACIÓN RESPECTO A LOS ESTILOS DE VIDA Y LAS ACTITUDES

Actualmente en la psicología social predominan dos posturas de interpretación respecto a los estilos de vida y las actitudes, una de ellas es la llamada psicología cognitiva. Dicha corriente de pensamiento interpreta los estilos de vida como una serie de pautas de conductas y hábitos cotidianos de las personas que influyen sobre su salud, argumenta que estos hábitos pueden ser modificados de forma voluntaria por las personas (Bandura y Walters, 1974; Leventhal, Prohaska y Hirschman, 1985; Chassin, Presson & Sherman, 1987; Lau, 1988), a través de un análisis de búsqueda de causas acerca de la salud y la enfermedad y de la consideración del costo-beneficio al llevar a cabo determinada conducta. Entiende que las conductas se pueden ir modificando en el transcurso del desarrollo de la persona, del padecimiento de una enfermedad, o en el transcurso de un tratamiento para el mejoramiento de la salud (Kelly, Zyzanrisky & Alemagno, 1991). La psicología cognitiva postula que lo importante no es solo la funcionalidad del comportamiento, sino también cómo se mantiene y regula éste a través de la racionalidad y las líneas de acción dictadas por la misma a través de la construcción de esquemas de pensamiento. De forma general, esta postura interpreta a las

personas como constructoras y procesadoras activas de la información vertida en el medio social, para lo cual utilizan planes, esquemas prototipos y guiones interpretacionales (Páez, et al, 1992; Ibañez, 1990). Argumenta que los procesos mentales están regidos por reglas formales, similares a los procesos lógico-matemáticos y parte del supuesto de que la funcionalidad de las personas es instrumentada en base a formalizaciones que llevan a un comportamiento lógico-funcional. Asimismo, se enfatiza en los diferentes mecanismos de control subyacentes al proceso de autorregulación (Leventhal, Prohaska & Hirschman, 1985; Leventhal & Nerenz, 1987). Esta orientación generalmente analiza la conformación de los procesos psicológicos superiores desde los niveles intrapersonal e interpersonal.

Hacia el interior de esta interpretación y en relación a los estilos de vida, se le ha dado una gran importancia a los factores de riesgo para la enfermedad y la muerte accidental (Bauer, 1980), como son el habito de fumar, el ingerir bebidas alcohólicas, el uso de drogas, el poco interés por el control de la dieta, el peso, el no uso del cinturón de seguridad, etc. (Ibañez, 1990). Concepción que interpreta los comportamientos individuales como los determinantes básicos del estilo de vida y, en correspondencia con esa concepción, señalan y sugieren un nivel de intervención también a nivel individual. Aluden que los hábitos de las personas son intrínsecamente personales, debido a que se concibe que están asociados a diferencias interindividuales, basadas en aspectos como las creencias de control, los sesgos atribucionales, etc., previos a la toma de decisiones, que por todo ello, estos hábitos pueden ser modificados a voluntad por las personas (Berkanovic, 1976; Berlinger, 1981; Ibañez, 1990). A partir de este marco de ideas, las cuales han permitido su fácil asimilación en la

corriente principal de atención a la salud, se han llevado a cabo una gran cantidad de investigaciones, la mayoría de ellas desde la psicología, la medicina y la epidemiología, poniendo especial atención en los aspectos curativo-remediales, bajo una clásica concepción bio-médica de la salud y la enfermedad.

1.3 LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LOS ESTILOS DE VIDA

La otra teoría ha intentado aportar nuevos elementos al debate sobre los factores que intervienen en la elaboración de los estilos de vida, es la llamada teoría de las Representaciones Sociales. Considerando que hay que ir más allá de los argumentos esgrimidos por los modelos explicativos que solo apuntan a los procesos intrapersonales e interpersonales, reflexiones éstas, que dejan de lado los procesos de carácter más social como serían los procesos intergrupales y culturales (Marín, 1992). De esa forma subraya la importancia del contexto sociocultural como marco de adquisición de los estilos de vida, en los que se engloban tanto los hábitos de salud (alimentación, ejercicio, descanso, etc.), como los habitos de riesgo para la misma (fumar, ingerir grandes cantidades de alcohol, hábitos alimenticios inadecuados, etc.). La teoría de las representaciones sociales señala que en la dilucidación tanto de los comportamientos como de las explicaciones que dan las personas para llevarlos a cabo, debe incluirse la explicación de cómo el contexto ideológico cultural marca a las personas determinados estilos de vida, puesto que los comportamientos alentados

por la cultura, los medios de comunicacion y las normas morales condicionan cierto tipo de conductas.

Del mismo modo se señala que las personas integran una serie de pautas de conductas que han sido asimiladas dentro del contexto ideológico o social, que los ha naturalizado como marco de actuaciones cotidianas dentro de un amplio registro de conductas (Aldrovani, Beauvois y Guingouain, 1987). Conductas que a su vez son justificadas ideológicamente como normales y adecuadas dentro de las prácticas sociales. Siendo así que estas conductas son alentadas culturalmente debido a la demanda social de que se lleven a cabo ese tipo de comportamientos. Asimilando las personas, junto con estas conductas, las formas de explicación que justifican las mismas.

Cuando en la década de los sesentas Serge Moscovici (1976) acuña el término de Representaciones Sociales (RS) éste le sirve para designar las dimensiones ideológicas (que no la ideología) de la vida cotidiana, así como las distintas formas de interpretación de sentido común que las personas y los grupos hacen de su realidad. Con este concepto intentaba mostrar cómo las personas establecen interpretaciones de sentido común (representaciones) sobre los objetos, personas, ideas y sucesos que les son significativos, así como también que estos juicios son el origen de sus emociones y que sirven de guía a sus comportamientos, hechos donde se concretizan las representaciones. También señalaba que las representaciones se construyen para comprender, controlar y afrontar el medio social. Indicaba que el concepto de Representación Social designa una forma específica de

conocimiento, el saber del sentido común, en el que los contenidos de éste muestran la especificidad de los procesos cognitivos y funciones socialmente asimiladas, esto es, designa una forma de pensamiento social (Moscovici, 1988; 1992), quizás la más generalizada dentro de la sociedad. Con esto intentaba explicar que las personas son activas constructoras de explicaciones, más que ser solo "usuarias" de explicaciones, y que las representaciones sociales son parte de ese proceso de apropiación de la realidad exterior que llevan a cabo las personas y de la elaboración psicológica y social de la misma. Moscovici planteaba con sus ideas un paradigma que privilegiaba lo histórico y lo social, que difería con el pragmatismo conductual y el reduccionismo psicológico imperantes en la psicología social de ese entonces, que mostraban una insuficiencia de conceptos, una limitación de objetos de estudio y una estrechez en sus propuestas.

Las ideas de Moscovici (1992) coincidían con las expresadas por Vygotski (1991) décadas atrás respecto a que los simbolismos sociales se construyen a través de la historia cultural de los pueblos y los diversos grupos que los conforman. De tal forma que uno de los principales problemas en el estudio de las Representaciones Sociales que tienen los grupos y las personas de los diferentes objetos sociales que les son significativos es el de identificar los contenidos de éstas, las formas de explicación, los comportamientos que se dan respecto a los mismos, los escenarios prototípicos donde acontecen estos comportamientos y si esto es similar o diferente en las diversas culturas. Estas, las Representaciones Sociales, nos dice, pueden ser identificadas en las palabras, los mensajes, los medios de comunicación y que se ven cristalizadas tanto en las conductas y la

organización social como en las formas de organización materiales y espaciales, esto es, la arquitectura social.

Moscovici apunta a la importancia social de este tipo de pensamiento, insistiendo en que en las sociedades modernas con su pluralidad de ideas y fluidez en el intercambio de las mismas, este tipo de fenómenos representacionales juegan un papel predominante dada su forma, que se manifiesta como un conocimiento socialmente creado, que es compartido, que tiende a un carácter práctico y que se orienta a la elaboración de una realidad común en un conjunto social. Además, la continua repetición tanto de las ideas como de las costumbres sociales emanadas de ellas serían la principal fuente del mantenimiento o transformación de estas prácticas o hábitos, de estos discursos y de las representaciones sociales (Flament, 1987). En sí, que son parte del aculturamiento ideológico y del control institucional (Deconchy, 1987). Explica que estos comportamientos no se distribuyen por igual en el amplio espectro social. Están marcados también por los procesos de categorización social como son las imágenes, los estereotipos, las actitudes, los valores y las normas morales que existen en y entre los diferentes grupos y estratos sociales. Que a su vez están marcados por la ideología y que se integran en sus representaciones sociales acerca de sí mismos y de los otros (Beauvois, 1987; Jodelet, 1987).

Igualmente se señala que las relaciones intergrupales influyen en el proceso de elaboración de los comportamientos. Se ha explicado ya como las posiciones y relaciones sociales entre los grupos van a determinar las formas de comportamiento de las personas,

tanto respecto a las personas del exogrupo como con las personas del endogrupo. De la misma forma, se ha señalado que todos los cambios que puedan acontecer en el comportamiento intergrupal traen como consecuencia un cambio en las representaciones. La teoría explica que los estilos de vida están guiados por una disposición interna base compuesta de significados representacionales, que son una organización específica de significados y que estos servirán como guía y darán coherencia y sistematicidad a las conductas (Moscovici, 1992). Desde este punto de vista, la teoría de las Representaciones Sociales plantea que es necesario investigar el contexto psicosocial de los comportamientos humanos, para un adecuado análisis de los mismos.

Hasta ahora, los diversos estudios sobre los estilos de vida llevados a cabo desde la psicología, han tomado como base la psicología cognitiva, y aunque efectivamente se han hecho descubrimientos importantes y se ha avanzado en el entendimiento de esta problemática, no se ha explicado la influencia que tienen otras variables también importantes como las anteriormente señaladas (Paez, et al 1992). Asimismo se indica, que si se pretenden conformar estrategias de intervención psicosociales para la promoción de estilos de vida eficaces en la prevención de las enfermedades, de los riesgos para la salud y de comportamientos saludables y programas eficaces de salud, es necesario tener un conocimiento objetivo de todo el proceso social. Conocimiento que explique las influencias culturales más amplias de las conductas de salud, y o de riesgo para la misma en amplios sectores de la población, yendo más allá de los modelos que se basan en explicaciones de las conductas de salud individuales.

Respecto al tema de la alimentación, en un estudio con adolescentes españolas Raich, Deus, Muñoz y Pérez (1991) descubrieron que las diversas preocupaciones de las chicas por su imagen corporal les provocaba serios problemas en sus hábitos alimenticios. Halpin y Fitzgerald (1992) en estudios consecutivos con estudiantes adolescentes irlandeses, reportan resultados contrastantes en las actitudes respecto a la alimentación entre hombres y mujeres, donde las mujeres presentaron mayores actitudes negativas ante la alimentación que los hombres. Por su parte Patten (1994) comparó los habitos alimenticios tanto de jóvenes estudiantes mexico-norteamericanos como caucásicos del primer año de universidad, su estudio reveló que los hábitos alimenticios de dichos jóvenes, dadas sus características, podían conducirlos directamente a enfermedades crónicas como la diabetes y que esto era más sobresaliente en los mexico-norteamericanos. En esa misma línea, Le-Grange, Tibbs y Selibowits (1995) en un estudio con jóvenes estudiantes norteamericanos encontraron que algunos jóvenes caucásicos presentaban serios problemas de hábitos alimenticios, más las mujeres que los hombres.

Considerando que tan solo en América Latina y el Caribe los jóvenes representan alrededor del 60% (CEPAL, 1991) de la población, juzgamos pertinente diseñar una investigación que permitiera conocer los hábitos de salud que tienen los jóvenes estudiantes de preparatoria, así como sus actitudes e intenciones respecto a efectuar determinados comportamientos en relaciona con los hábitos de salud. En esta investigación se intentó rastrear los diversos hábitos y actitudes de que tienen los jóvenes estudiantes de preparatoria.

concretamente la dieta y el ejercicio, así como las intenciones con respecto a emprender comportamientos de dieta y ejercicio.

CAPÍTULO 2

ESTUDIO ACERCA DE LOS HÁBITOS DE SALUD DE LOS JÓVENES

2.1 Método

Muestra

Se eligió una muestra representativa de la población estudiantil que asiste a dos preparatorias de la Universidad Autónoma de Nuevo León escogidas al azar (Preparatoria # 2 y Preparatoria #15 Unidad Florida) y que constó de N= 721 estudiantes distribuidos de la siguiente forma: preparatoria 2, 219 hombres y 167 mujeres, total 386 de los tres turnos de horario (matutino, vespertino y nocturno); preparatoria 15 Florida, 187 Hombres y 148 mujeres, total 335. Con un rango de edad de entre 14 y 20 años (X= 16.3). De los encuestados el 56% (367) son hombres y el 44 % (354) son mujeres.

Instrumento

Se elaboró un cuestionario ad hoc para esta investigación denominado Encuesta de Hábitos de Salud (EHS). Dicha encuesta consta de 25 reactivos, con los que se examinan: 1) Actitudes 2) Intenciones y 3) Conductas hacia: a) el ejercicio, b) el cuidado alimenticio y nutrición, y c) la salud. (Ver Apéndice 1). La opciones de respuesta a dichos reactivos fue dicotómica en lo referente a intenciones y conductas, en cuanto a las actitudes estas fueron medidas en una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta que iban desde nada hasta demasiada.

2.2 Definición de variables

En este estudio la variable sexo fue considerada como la variable independiente, debido a que quisimos analizar las posibles diferencias de las variables dependientes en relación al sexo debido a la homogeneidad de la muestra en cuanto a edad, escolaridad y estrato socioeconómico. Como variables dependientes se consideraron: a) la actitud hacia el deporte; b) la intención a hacer deporte; c) la conducta de hacer deporte; d) la actitud hacia la dieta; e) la intención hacia hacer dieta y; f) la conducta de hacer dieta.

2.3 Procedimiento

Aplicación de EHS.

Con la finalidad de que la muestra fuera lo más amplia posible, se determinó que la cantidad de sujetos representara el 10% del alumnado de cada una de las preparatorias. En la preparatoria 2 se aplicó la encuesta a 100 alumnos del turno matutino, 100 del turno vespertino y 200 del turno nocturno. En este turno se aplicó el doble por tener un mayor número de estudiantes. En el caso de la preparatoria 15 se aplicaron 350 distribuidas equitativamente en los tres turnos. En esta preparatoria se aplicó la misma encuesta sobre hábitos de salud con el añadido de una viñeta para explorar las explicaciones acerca de los hábitos cuyos resultados se reportaran en el estudio 2. La aplicación de la EHS fue en un mismo día, en forma grupal, dentro del horario y salón de clases correspondiente a cada grupo y con el consentimiento del profesor que en ese momento estaba impartiendo la clase. La participación fue voluntaria y se garantizó su anonimato. Se dieron tanto una breve explicación como las instrucciones generales para contestar la encuesta. Siempre hubo un encuestador pendiente para resolver las dudas que surgieran al estar contestando la encuesta. La duración de la encuesta fue de 25 minutos promedio. De las 750 encuestas aplicadas se desecharon 29 por tener incompleta la información quedándonos un total de 721.

2.4 Hipótesis:

Los hábitos de salud son diferentes en los géneros

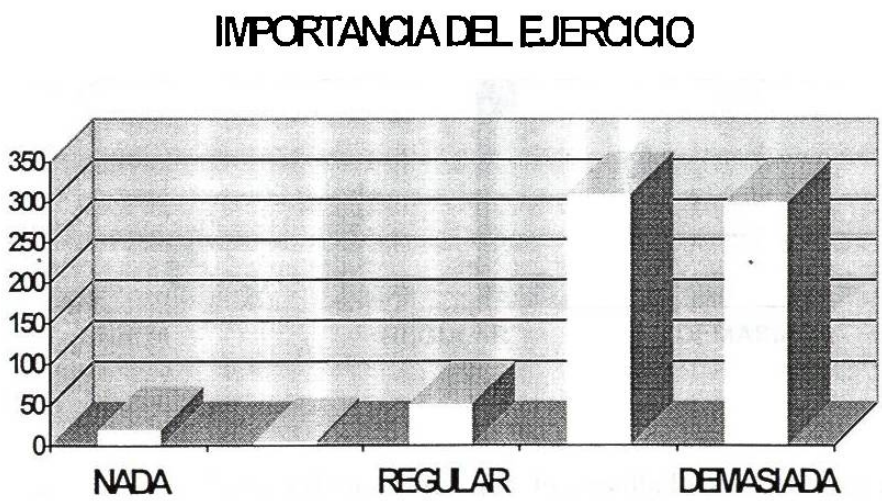
2.5 Análisis de Datos:

Se codificaron las respuestas a las encuestas, se hizo un análisis de frecuencias, y se aplicó una serie de análisis de Chi-cuadradas para determinar posibles correlaciones significativas entre las variables.

2.6 Resultados

Como se observa en la gráfica 1 la mayoría de los estudiantes respondió que el ejercicio es muy importante (43.6%) o demasiado importante, (41.5%), al contrario, muy pocos sujetos mencionaron que el ejercicio tiene una importancia de regular a nada (13.5%). Es interesante notar que son significativamente más los estudiantes que consideran que el hacer ejercicio tiene importancia (85.1%), por lo que se puede considerar que los jóvenes muestran una actitud positiva hacia la práctica del ejercicio.

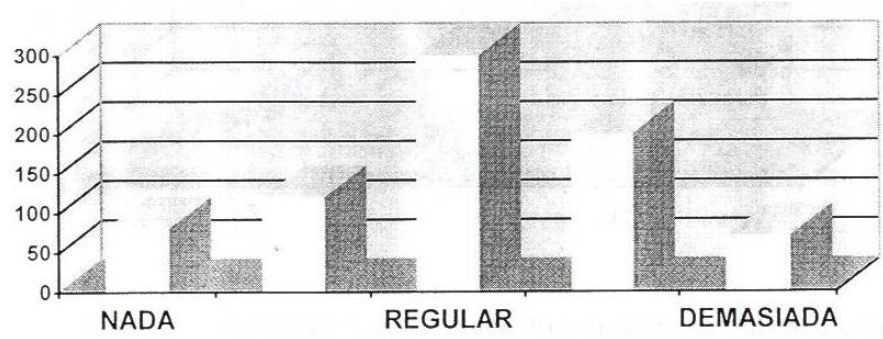
GRAFICA 1



En cuanto a la importancia que las personas le dan al cuidado alimenticio, se encontró que una distribucion diferente a la anterior, la mayor parte de los estudiantes (37.2 %) indicaron que el cuidado alimenticio tiene una importancia regular; seguido de los que lo consideran con mucha importancia (27%), y los que le dan poca importancia (17.2%). Son mucho menos frecuentes las respuestas extremas que no le dan nada de importancia (9.6%) o demasiada importancia (7.8%). Tenemos entonces que la mayoría de los estudiantes (72.1%) se agrupa en las categorías de regular y mucha importancia, por otra parte, la proporción de sujetos que le daban poca importancia (26.8 %) es menor, como se observa en la gráfica 2. Es notorio que los jóvenes le dan mayor proporción de importancia al practicar deporte que al cuidado de sus habitos alimenticios.

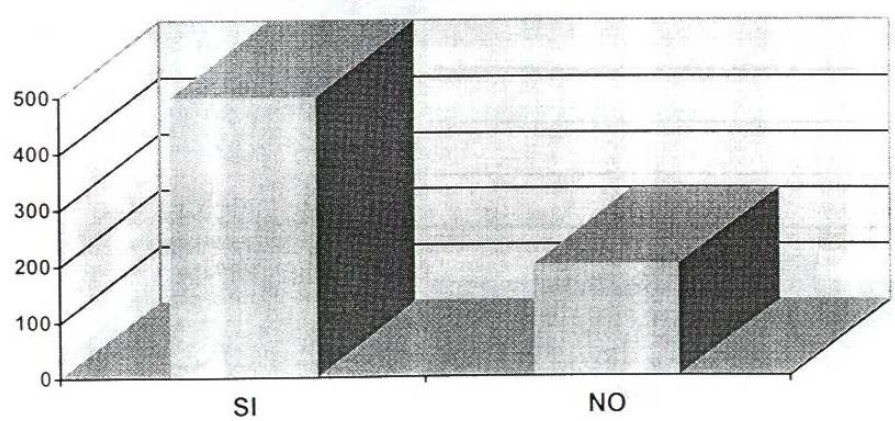
GRAFICA 2

IMPORTANCIA DEL CUIDADO ALIMENTICIO



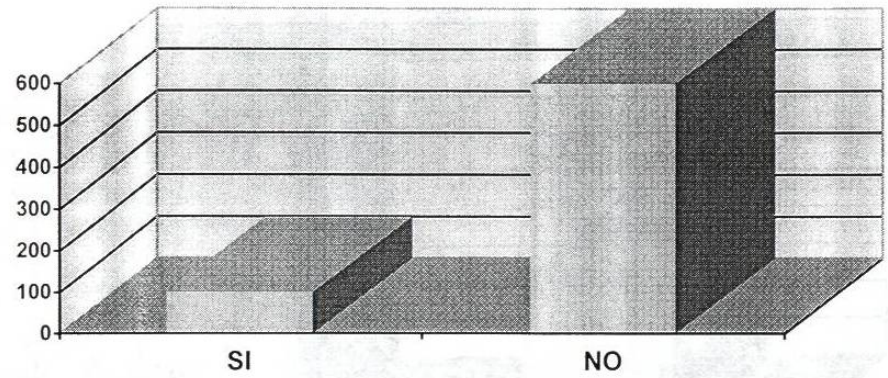
En cuanto a la conducta real hacer ejercicio, los resultados mostraron que la mayoría de los estudiantes (69.1%) manifestaron hacer algún tipo de ejercicio en forma regular, mientras que una menor proporción (30.8 %) reportan no hacer ejercicio (ver gráfica 3)

GRAFICA 3
HACE EJERCICIO



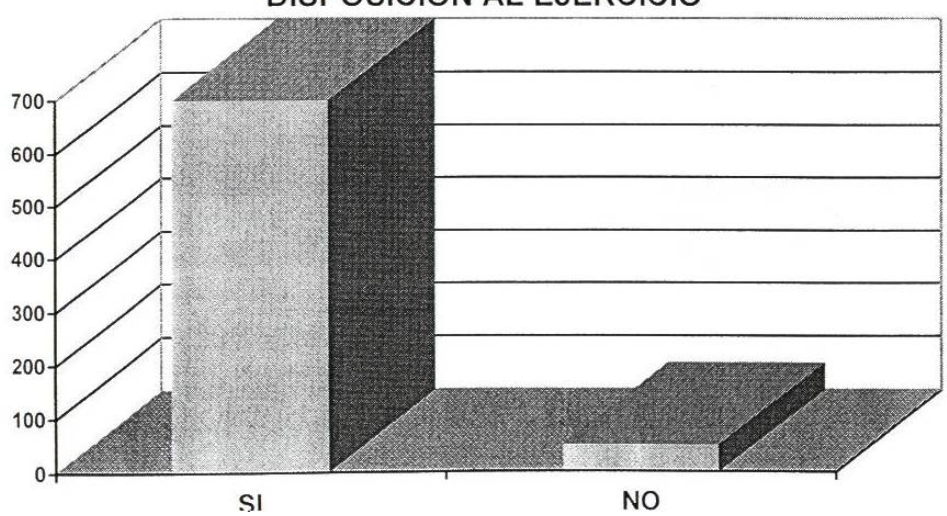
En relación al cuidado alimenticio, la mayoría de los jóvenes (82%) indicaron que no llevan a cabo ningún tipo de cuidado alimenticio y sólo el 17.2% aceptan cuidar su alimentación (ver gráfica 4). Este resultado es contrastante con el resultado anterior ya que se puede observar que los jóvenes en general tienden más a hacer ejercicio que a cuidar su alimentación. Esto en cierta forma es congruente con lo encontrado en relación a la importancia que le dan a la práctica de ejercicio y al cuidado alimenticio.

GRAFICA 4
CUIDA SU ALIMENTACION



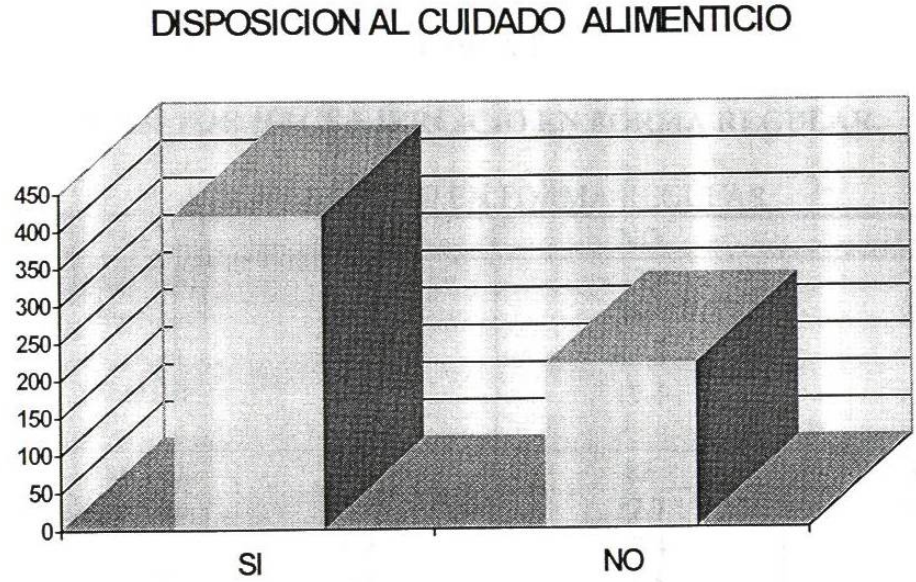
En lo relativo a la intención que tienen los jóvenes de hacer ejercicio, se puede observar que la mayoría (97.8%) estarían dispuestos a hacer ejercicio, mientras que una solo una proporción mínima (1.8%) reporta no estar dispuesto a hacer ejercicio (gráfica 5).

GRAFICA 5
DISPOSICION AL EJERCICIO



En contraposición al resultado anterior se encontró que una menor proporción de jóvenes (38.1%) manifestó no estar dispuesto a cuidar su alimentación, aunque la mayoría (61.7%) mencionó estar dispuesto (ver gráfica 6).

GRAFICA 6



Es interesante notar que en este caso, también se observa una mayor disposición a hacer ejercicio que a cuidar los hábitos de alimentacion. De lo anterior se puede deducir que el ejercicio tiene una representación más generalmente asociada a la salud que el cuidado alimenticio.

Posteriormente, realizamos un análisis de Chi-cuadrado para observar la relación de la variable sexo con la variable hace ejercicio, con el objetivo de conocer como se distribuye la práctica del ejercicio entre los sexos.

TABLA 1

SEXO POR HACE EJERCICIO EN FORMA REGULAR

HACE EJERCICIO EN FORMA REGULAR

SEXO		SI	NO	TOTAL
MUJERES	Num.Suj.	215	139	354
	Pct.fila	60.7	39.3	49.2
	Pct. Col	43.2	62.6	
	Total Pct	29.9	19.3	
HOMBRES	Num Suj.	283	83	366
	Pct. Fila	77.3	22.7	50.8
	Pct. Col	56.8	37.4	
	Total Pct	39.3	11.5	
TOTAL		498	222	720
COL.		69.2	30.8	100.0

Chi - Cuadrado	Valor	GL	Nivel de Significación
Chi 2 de Pearson	23.21772	1	.00000
Correción Continua	22.44642	1	.00000
Radio de Asoc.	23.39409	1	.00000

La tabla 1 muestra que el analisis de Chi-cuadrado resultó significativo (P .000). se encontró que la mayoría de la muestra (69.2%) comenta hacer ejercicio, así como también una mayor tendencia en los hombres hacia la práctica del mismo que las mujeres (56.7% VS 43.2%). Esto quizás podamos explicarlo a través de lo que se ha denominado estereotipo del rol sexual, en cuanto a que se espera del hombre una mayor potencia y alarde físico que la mujer. No así el estereotipo del rol sexual de la mujer, que se espera sea delicada, "frágil", "con necesidad de protección por parte del hombre" (Páez, Vergara, Alvarez, Asún y Gissi, 1992).

Enseguida realizamos otro analisis de Chi-cuadrado para observar la relación de la variable sexo con la variable hace dieta para conocer como se distribuye la práctica de la dieta entre los sexos.

TABLA 2

SEXO POR CUIDA SU ALIMENTACIÓN

CUIDA SU ALIMENTACIÓN

SEXO		SI	NO	TOTAL
MUJERES	Num.Suj Pct. Fila Pct. Col Total Pct	77 22.0 62.6 10.8	273 78.0 46.2 38.2	350 49.0
HOMBRES	Num Suj Pct. Fila Pct. Col Total Pct	46 12.6 37.4 6.4	318 87.4 53.8 44.5	364 51.0
TOTAL COL.		123 17.2	591 82.2	714 100.0

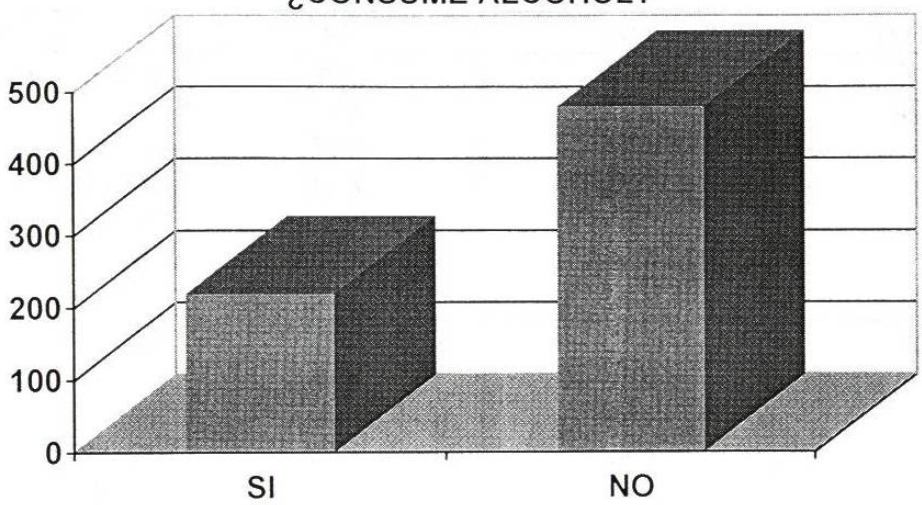
Chi - Cuadrada	Valor	GL	Nivel de Significación
Chi 2 de Pearson	10.96911	1	.00093
Correción Contínua	10.32234	1	.00131
Radio de Asoc.	11.05309	1	.00089

Como se observa en la tabla 2, el análisis de Chi-cuadrado resultó significativo (P .0009), se encontró que la mayoría de los jovenes (87.4%) comenta no cuidar su alimentación, con una mayor tendencia en las mujeres hacia el cuidado de la misma en contraste con los hombres (22% VS 12%). De los estudiantes que si cuidan su alimentación el 62% son mujeres. Esto quizas podamos explicarlo también a través de lo que se ha denominado estereotipo del rol sexual, en cuanto a que se espera de la mujer un mayor cuidado de su cuerpo "para que sea atractiva ante los hombres", también podemos explicarlo a través de lo que culturalmente se espera en nuestro contexto, el que la mujer tenga a su cargo la cultura de la alimentación en la pareja y en la familia. En cuanto a los hombres, dentro de lo esperado en su rol sexual en nuestro contexto, está el que lo prioritario no es la belleza sino el alarde de fuerza, la potencia física, la autosuficiencia y el ser dominante. Por lo que el hábito del cuidado alimenticio esta supeditado a la madre, la hermanas o la pareja. Así este resultado es congruente con lo señalado por otros investigadores como caracteristicas de los roles tanto del hombre como de la mujer (Paez, Vergara, Alvarez, Asún y Gissi, 1992).

Posteriormente se realizaron dos analisis de frecuencias uno para observar la cantidad de personas que consumen tanto alcohol como tabaco.

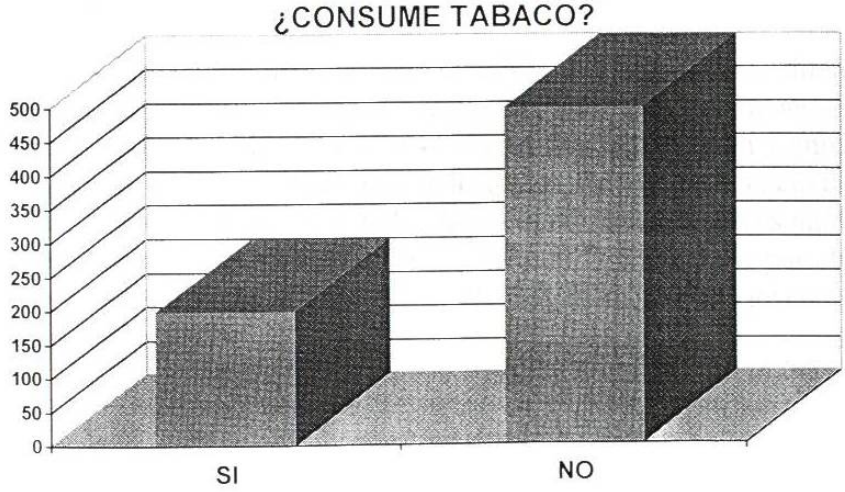
En cuanto al consumo de alcohol se encontró que el 33.8% de la muestra mencionó consumirlo y 65.9% informó no hacerlo (ver gráfica 7).

GRAFICA 7
¿CONSUME ALCOHOL?



En cuanto al consumo de tabaco se encontró que el 28.3% de la muestra mencionó consumirlo y 71.6% informó no hacerlo (ver gráfica 8).

GRAFICA 8
¿CONSUME TABACO?



Es preocupante observar que una considerable cantidad de jóvenes de las preparatorias tienen el hábito de ingerir bebidas alcohólicas (33.8%) y/o consumir tabaco (28.3%). También es de señalarse que la proporción de los que toman es mayor que de los que fuman.

Enseguida realizamos un analisis de Chi-cuadrado para detectar posibles diferencias en el consumo de alcohol entre los sexos (ver tabla 3)

TABLA 3
SEXO POR CONSUME ALCOHOL

		¿CONSUME ALCOHOL?		
SEXO		SI	NO	TOTAL
MUJERES	Num	83	271	354
	Suj	23.4	76.6	49.2
	Pct. Fila	34.0	57.1	
	Pct Col	11.5	37.7	
	Total Pct			
HOMBRES	Num	161	204	365
	Suj	44.1	55.9	50.8
	Pct Fila	66.0	42.9	
	Pct. Col	22.4	28.4	
	Total Pct			
TOTAL COL.		244 33.9	475 66.1	719 100.0

Chi - Cuadrada	Valor	GL	Nivel de Significación
Chi 2 de Pearson	34.22467	1	.00000
Correción Continua	33.30921	1	.00000
Radio de Asoc.	34.69130	1	.00000

Como se puede apreciar en la tabla anterior existen diferencias significativas (P .0000) en el consumo de alcohol entre los varones y las mujeres. Se encontró en los hombres un alto nivel de consumo 44.1% de los mismos, en cambio en las mujeres el consumo indicó el 23.4%. Esto nos indica que los hábitos tradicionalmente considerados masculinos (como es el ingerir bebidas alcohólicas) están siendo asumidos cada vez más por las mujeres. Siendo este resultado congruente con lo encontrado por otros investigadores en cuanto a un incremento en el consumo de alcohol en las mujeres jóvenes (De la Cruz Mora & De la Cruz Mora, 1992).

Después se realizó un análisis de Chi-cuadrado para detectar posibles diferencias en el consumo de tabaco entre los sexos (ver tabla 4).

TABLA 4
SEXO POR CONSUME TABACO

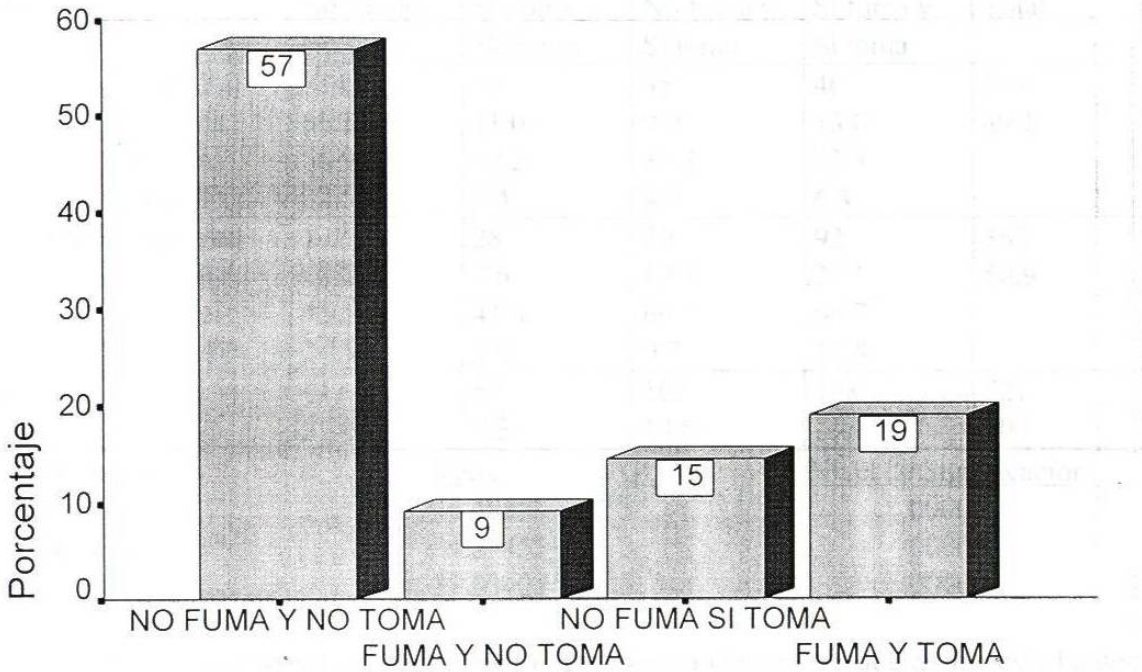
		¿CONSUME TABACO?		
SEXO		SI	NO	TOTAL
MUJERES	Num Suj	85	269	354
	Pct Fila	24 0	76.0	49.2
	Pct Col	41.7	52.1	
	Total Pct	11.8	37.4	
HOMBRES	Num Suj	119	247	366
	Pct Fila	32.5	67.5	50.8
	Pct Col	58.3	47.9	
	Total Pct	16.5	34.3	
TOTAL		204	516	720
COL.		28.3	71.1	100.0

Chi - Cuadrada	Valor	GL	Nivel de Significación
Chi 2 de Pearson	6.40643	1	.01137
Correción Continua	5.99455	1	.01435
Radio de Asoc.	6.43146	1	.01121

En cuanto al consumo de tabaco se encontró que el 28.3% de la muestra mencionó consumirlo y 71.7% informó no hacerlo (ver tabla 4). También se encontró que la proporcion de mujeres que fuman respecto a la que no fuman es de 1 por cada 3 (24% VS 76%). No asi en los hombres que se encontró que la proporción de los que consumen tabaco respecto a los que no lo consumen es de 1 por cada 2 (32.5% VS 67.5%). Este resultado de consumo de tabaco es congruente con lo encontrado por otros investigadores en cuanto al incremento de consumo de tabaco tanto en hombres como en mujeres. Podemos comentar en cuanto a las motivaciones otros investigadores han señalado que respecto al hábito de fumar. en los hombre se han encontrado motivaciones para el fumar por razones relacionadas con la creencia de virilidad, esto es, que el fumar los hace ver más hombres: en cambio en las mujeres se han encontrado motivaciones de fumar en relación al control de peso. siendo esto congruente con nuestros resultados en cuanto a la dieta y el consumo de tabaco en las mujeres

Con el objetivo de indagar respecto a las relaciones entre las conductas de fumar y tomar alcohol, y establecer si las personas que fuman también toman o viceversa se realizó un análisis de frecuencias, encontrándose lo siguiente (ver gráfica 9).

GRAFICA 9
DISTRIBUCIÓN DE HÁBITOS NEGATIVOS



Los datos muestran que un poco más de la mitad de los jóvenes encuestados, no toma ni fuma (57%), lo ya se había mostrado en anteriores análisis; seguido de personas que fuman y toman (19%), este dato es interesante debido a que son más los jóvenes que toman y fuman, que los que solo toman (15%) y también más que los que solo fuman (9%), lo cual puede estar reflejando una influencia o facilitación de un hábito hacia la adquisición de otro.

Con el fin de conocer como se distribuyen estos hábitos entre los géneros, realizamos un análisis de Chi-Cuadrado con la variable sexo y hábitos negativos cuyos resultados se muestran en la tabla 5.

TABLA 5
SEXO POR TOMA Y/O FUMA
¿TOMA Y/O FUMA?

SEXO		No fuma y No toma	Si Fuma y No toma	No fuma y Si toma	Si fuma y Si toma	Total
MUJERES	Num Suj	234	39	35	46	354
	Pct Fila	66.1	11.0	9.9	13.0	49.1
	Pct Col	56.9	58.2	33.3	33.3	
	Total Pct	32.5	5.4	4.9	6.4	
HOMBRES	Num Suj	177	28	70	92	367
	Pct Fila	48.2	7.6	19.1	25.1	50.9
	Pct Col	43.1	41.8	66.7	66.7	
	Total Pct	24.5	3.9	9.7	12.8	
Columna Total		411 57.0	67 9.3	105 14.6	138 19.1	721 100

Chi - Cuadrada	Valor	GL	Nivel de Significación
Chi 2 de Pearson	36.48855	3	.00000
Correción Continua	36.39455	3	.00000
Radio de Asoc.	37.03405	3	.00000

El análisis resultó significativo, y en él se observa claramente que de los estudiantes que no fuman y no toman (51%), son más las mujeres que caen en esta categoría (66%), que los hombres (48%). En la categoría de si fuman y si toman, la relación es a la inversa, es casi el doble la proporción de hombres (25%) en relación a las mujeres (13%). Es importante señalar que la proporción de los estudiantes que fuman y toman es mayor que la de los que solo fuman o solo toman, esto tanto en hombres como en mujeres El hábito de solo fumar se manifiesta más en mujeres (11%) que en hombres (7.6%), lo contrario al hábito de solo ingerir alcohol el cual se manifiesta más en los hombres (19.1%) versus (9.9%) en las mujeres.

2.7 DISCUSIÓN

Los resultados del estudio nos han mostrado que existe una considerable proporción de jóvenes estudiantes que carecen de buenos hábitos de ejercicio y alimentación. También que la práctica del ejercicio se manifiesta más en los hombres, así como el cuidado alimenticio se manifiesta mas en las mujeres. Observamos también una interesante falta de consistencia entre las actitudes hacia la dieta y el ejercicio, las intenciones de llevarlas a cabo y la práctica real de estos. Aunque podemos argumentar que son congruentes con los hallazgos de otros estudios similares, de hecho, son una minoría los estudios (en diversos temas) donde se ha encontrado una estrecha relación entre las actitudes expresadas verbalmente y conducta manifiesta, y es precisamente este tipo de resultados lo que ha dado pie a una gran cantidad de teorías sobre las actitudes (Eiser, 1989).

También se encontraron índices relativamente altos tanto de consumo de tabaco como de alcohol, así como también que la manifestación de los mismos entre los géneros es diferente. En las mujeres se observa un mayor consumo de tabaco y en los hombres un mayor consumo de solo alcohol, y de ambos combinados. ¿Cómo se podrían explicar estos resultados?. Una posible explicación podría girar alrededor de las representaciones sociales inmersas respecto a los roles de género. Así en este caso el conocer las explicaciones que los jóvenes dan a sus propios hábitos nos permitiría determinar cuales son las ideas que sustentan esas conductas. Los datos estudiados a través de nuestro cuestionario no rastrean las representaciones en torno a la dieta y al ejercicio y las relaciones probablemente más complejas entre éstas y la actitud y el comportamiento.

Debido a ello se diseñó otro estudio donde se intentó rastrear las diversas explicaciones que los jóvenes dan respecto a el porque las mujeres tienden a realizar más cuidado alimenticio que los hombres y porque los hombres hacen más ejercicio que las mujeres.

CAPÍTULO 3

ESTUDIO ACERCA DE LAS EXPLICACIONES DEL POR QUÉ LAS MUJERES CUIDAN MÁS LA ALIMENTACIÓN Y LOS HOMBRES HACEN MÁS EJERCICIO

3.1 Método

Muestra

Se seleccionó al azar la preparatoria N° 15 (Unidad Florida) de la U.A.N.L. (Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México) y dentro de ellas una muestra de 336 estudiantes 187 Hombres y 148 mujeres, total 336, de los tres turnos de horario (matutino, vespertino y nocturno). cantidad que representa aproximadamente el 10% del alumnado de cada una de las preparatorias, con un rango de edad de entre 14 y 20 años (X 16.0).

Instrumento.

A la EHS descrita en el estudio 1 se le agregó la siguiente viñeta: "Investigaciones recientes en relación a los hábitos de salud de los jóvenes han mostrado que la mayoría de los hombres prefieren hacer ejercicio pero no cuidar su alimentación; mientras que las mujeres tienden a cuidar su alimentación pero no a hacer ejercicio. ¿Cuál es tu opinión respecto a este hallazgo?, es decir: ¿Porqué crees tu que los hombres prefieran hacer ejercicio y no cuidar su alimentación y las mujeres prefieran cuidar su alimentación en lugar de ejercicio para estar

sanos?". Las preguntas fueron abiertas y orientadas hacia la averiguación de explicaciones a ambas preguntas, tanto para mujeres como para hombres.

Definición de variables

En este segundo estudio la variable sexo también fue considerada como la variable independiente en primer lugar, porque quisimos analizar las posibles diferencias de las variables dependientes en relación al sexo debido a la homogeneidad de la muestra en cuanto a edad, escolaridad y estrato socioeconómico. Como variables dependientes se consideraron las explicaciones en torno al cuidado alimenticio y el ejercicio.

3.2 PROCEDIMIENTO

Aplicación de Viñeta:

La aplicación de la viñeta fue un agregado que se le hizo a la EHS con la finalidad de conocer las explicaciones que los jóvenes dan a sus propios hábitos de salud, así que se realizó en un mismo día, en forma grupal, dentro del horario y salón de clases correspondiente a cada grupo, y con el consentimiento del profesor que en ese momento estaba impartiendo la clase. La participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato. Se dieron tanto una breve explicación como las instrucciones generales para contestar la encuesta, pidiendo además que se leyera cuidadosamente la viñeta y que se respondiera a las preguntas de la forma mas amplia posible, tratando de dar sus propias explicaciones en lo concerniente tanto para

hombres como para mujeres. Siempre hubo un encuestador pendiente para resolver las dudas que surgieran al estar contestando la encuesta.

3.4 Hipótesis

Las explicaciones en torno a los hábitos alimenticios y el ejercicio son diferentes en ambos sexos.

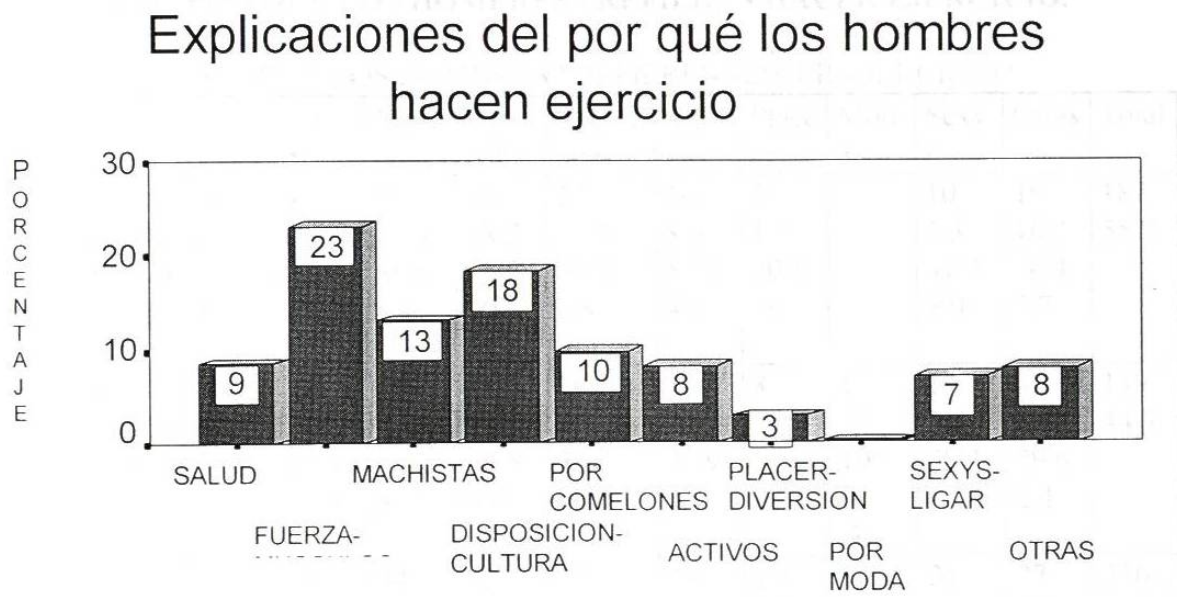
3.5 Análisis de Datos:

Se codificaron las respuestas dadas a la viñeta en base a un análisis de contenido y por sinónimos, en primera instancia se realizó un análisis de frecuencias y posteriormente se aplicó una serie de análisis de Chi-cuadradas para determinar posibles correlaciones significativas entre las variables.

3.6 RESULTADOS

En relación a las explicaciones que dieron los jóvenes respecto a por qué los hombres hacen ejercicio, se encontraron diez principales categorías de explicación a la pregunta de por que los hombres prefieren hacer ejercicio: 1.- Por tener fuerza, músculos (23.2%). 2.- Por una disposición cultural (18.5%), 3.- Respuestas machistas (13.1%). 4.- Porque les gusta comer mucho (comelones) (9.8%), 5.- Para estar sanos (8.6%). 6.- Porque los hombres son activos (8.3%). 7.- Otras respuestas (8%). 8.- Por estar "sexys" y ligar (7.1%). 9.- Porque les parece divertido y placentero (3%) , y 10.- Por estar a la moda (0.3%). La grafica 10 muestra el tipo de respuestas así como el porcentaje de las mismas.

GRAFICA 10



Como se puede observar, la explicación con mayor porcentaje es que los hombres hacen ejercicio en lugar de cuidar su alimentación para tener más fuerza y músculos (23.2%), respuestas típicas señalaban que "los hombres hacen ejercicio porque quieren estar más fuertes y rudos" o "prefieren verse musculosos y fuertes" o "los hombres tienden a la formación de músculos". La explicación referida a que lo hacen por cuestiones culturales en relación a hábitos y o por cuestiones relacionadas con aspectos biológicos o disposicionales (18.5%), por ejemplo: "el hombre tiene más facilidad para correr, jugar y moverse" o "a los hombres se les facilita mas hacer ejercicio" o "les llama mas la atención el deporte" o "están mas preparados para ello" o "se les fomenta más". En menor proporción que las anteriores (13.1%) se dieron respuestas de carácter machista, por ejemplo, "si el hombre hace dieta se siente femenino" o "porque los hombres se creen mucho" o "para impresionar". Una explicación interesante fue la referente a que los hombres comen más que las mujeres (9.8%)

y se mencionaba que "los hombres quieren comer de todo" o "no les gusta cuidar lo que comen" o "los hombres no pueden controlar lo que comen" o "los hombres son muy comelones". También se dieron algunas explicaciones en el sentido de que los hombres hacen ejercicio para estar sanos (8.6%), por ejemplo, "los hombres quieren estar sanos" o "por una mayor salud física" o "para estar más sanos". Otra explicación se relacionó con aspectos de actividad y energía, por ejemplo "los hombres tienen más energía " o "porque los hombres tienen más energías y para ellos les satisface mejor el ejercicio que la dieta" o "son más activos".

Para establecer si existían diferencias de los géneros en relación a estas explicaciones se realizó un análisis de Chi-Cuadrado

TABLA 6
SEXO POR QUÉ LOS HOMBRES PREFIEREN HACER EJERCICIO.

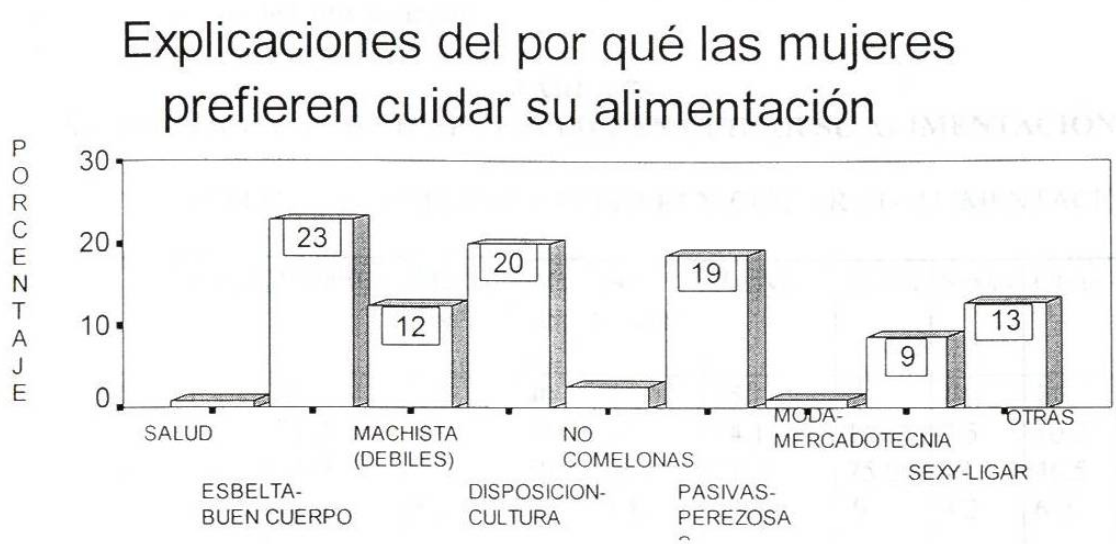
¿PORQUE LOS HOMBRES PREFIEREN HACER EJERCICIO?

Sexo		Salud	Fue-mus.	Machistas	Dis-cultu	Comelones	Activos	Placer	Moda	Sexys	Otras	Total
Fem.	N. Su	16	41	25	35	23	16	2		10	19	187
	Pc fila	8.6	21.1	13.4	18.7	12 3	8.6	1.1		5.3	10.2	55.7
	Pc Col	55.2	52.6	56.8	56.5	69.7	57.1	20.8		41.7	70.4	
	Tot Pc	4.8	12.2	7.4	10.4	6.8	4.8	.6		3.0	5.7	
Masc.	N. Su	13	37	19	27	10	12	8	1	14	8	149
	Pc fila	8.7	24.8	12.8	18.1	6.7	8.1	5.4	.7	9.4	5.4	44.3
	Pc Col	44.8	47.4	43.2	43.5	30.7	42.9	80.0	100.0	58.3	29.6	
	Tot Pc	3.9	11.0	5.7	8.0	30.4	3.6	2.4	.3	4.2	2.4	
Total col.		29	78	44	62	33	28	10	1	24	27	336
		8.6	23.2	13.1	18.5	9 8	8.3	3.0	.3	7.1	8.0	100.0

Chi-Cuadrado	Valor	GL	Nivel de Significación
Chi 2 de Pearson	15.26680	10	.12263
Correción Continua	15.39425	10	.13254
Radio de Asoc.	15.91981	10	.10195

El análisis no arrojo diferencias significativas, lo cual puede estar indicando que estas explicaciones están generalizadas y son compartidas por ambos sexos.

GRAFICA 11



En relación a las explicaciones que dieron los jóvenes respecto a por qué las mujeres cuidan más su alimentación que los hombres. Como se puede observar en la gráfica 11 se encontraron nueve principales categorías de explicación a la pregunta de por qué las mujeres prefieren cuidar su alimentación. Las explicaciones con mayor porcentaje se refieren a que las mujeres cuidan su alimentación para mantenerse esbeltas y con buen cuerpo (22 %), por ejemplo, algunas de las respuestas típicas indicaban que "las mujeres prefieren estar delgadas" o "lo que les interesa a las mujeres es no estar gordas...y tener un buen cuerpo". Las respuestas que señalaban cuestiones culturales en relación a hábitos y o por cuestiones relacionadas con aspectos biológicos o disposicionales (19.9%), indicaban que las mujeres prefieren hacer dieta porque "es más fácil para las mujeres hacer dietas en lugar de ejercicio" o "si la mujer hace ejercicio se sentirá masculina" o "a las mujeres no les gusta hacer ejercicio" o "el ejercicio es para los hombres" Una explicación interesante se refiere a que las mujeres prefieren hacer dieta por ser "flojas" o pasivas (18.8%), por ejemplo, "las mujeres somos muy flojas y mejor preferimos hacer dieta", "las mujeres somos más flojas para hacer ejercicio", o "las mujeres son más pasivas y no les gusta hacer ejercicio". En menor proporción que las anteriores se dieron respuestas de carácter machista (12%), que consideraban que las mujeres son delicadas y debiles y por lo tanto descalificadas para hacer ejercicio, por ejemplo, "las mujeres son mas delicadas en su físico y practican menos deporte" o "son más frágiles y por eso es que esto es así" o "son mas vanidosas" o "las mujeres casi no tienden a moverse mucho" o "creen que el ejercicio es sólo para hombres".

Para establecer si existían diferencias de los géneros en relación a estas explicaciones se realizó un análisis de Chi-Cuadrado.

TABLA 7
SEXO POR QUÉ LAS MUJERES PREFIEREN CUIDAR SU ALIMENTACIÓN.

¿POR QUÉ LAS MUJERES PREFIEREN CUIDAR SU ALIMENTACIÓN?

Sexo		Salud	Esbeltas	Machistas	Dis-cultu	No comel	Pasivas	Moda	Sexys	Otras	Total
Fem.	N. Suj	2	40	17	40	6	45	3	14	20	187
	Pc	1.1	21.4	9.1	21.4	3.2	24.1	1.6	7.5	10.7	55.7
	Fila	66.7	51.9	4.5	59.7	66.7	71.4	75.0	48.3	46.5	
	Pc Col	.6	11.9	5.1	11.9	1.8	13.4	.9	4.2	6.0	
	Tot Pc										
Masc.	N. Suj	1	37	24	27	3	18	1	15	23	149
	Pc	1.7	24.8	16.1	18.1	2.0	12.1	.7	10.1	15.4	44.3
	Fila	33.3	48.1	58.5	40.3	33.5	28.6	25.0	51.7	53.5	.
	Pc Col	.3	11.8	7.1	8.0	.9	5.4	.3	4.7	6.8	
	Tot Pc										
Total col.		3	77	41	67	9	63	4	29	43	336
		.9	22.9	12.2	19.9	2.7	18.2	1.2	8.6	12.8	100.0

Chi-Cuadrado	Valor	GL	Nivel de Significación
Chi 2 de Pearson	13.86263	8	.08542
Correción Continua	13.43454	8	.07654
Radio de Asoc.	14.15377	8	.07784

El análisis muestra que existen diferencias tendenciales en las explicaciones que dan hombres y mujeres. Respecto a las categorías de pasivas-perezosas, delicadas-débiles, y sexys, las mujeres se perciben más a ellas mismas como flojas y pasivas (24.1% VS 12.1%), pero menos delicadas que lo que las perciben los hombres (9.1% VS 16.1%), y en cuanto a que hacen ejercicio para verse sexy, las mujeres emplean esa explicacion en menor medida que los hombres (7.5% VS 10.1%).

3.7 CONCLUSIONES DE LOS DOS PRIMEROS ESTUDIOS

De los datos encontrados en el estudio, en general se observa que existe una actitud e intención favorables hacia la dieta y el ejercicio, tanto en hombres como en mujeres, también que la práctica de estos es diferente en ambos sexos, el hombre con más tendencia a realizar ejercicio y las mujeres con más tendencia al cuidado alimenticio.

Estos resultados son congruentes con los descubiertos por otros investigadores (Patten, 1994; Le-Grange, Tibbs y Selibowits, 1995) en cuanto a que los hombres no suelen preocuparse por su alimentación, pero sí por realizar algún tipo de ejercicio, manifestándose lo contrario en las mujeres. Otro dato relevante es lo encontrado con respecto al número de personas que tienen hábitos de fumar y de ingerir alcohol, las que representan alrededor del 40% de la muestra.

Lo encontrado en nuestro estudio respecto a la falta de consistencia entre las actitudes hacia la dieta y el ejercicio, las intenciones de llevarlas a cabo y la práctica real de éstos, no es nada nuevo; de hecho, son una minoría los estudios (en diversos temas) donde se ha encontrado una estrecha relación entre las actitudes expresadas verbalmente y conducta manifiesta (Fishbein and Ajzen, 1980; Breckler, 1983; Eiser, 1989; Echebarría, 1992; Morales, Rebolloso y Moya, 1994; Stroebe and Stroebe, 1995).), y es precisamente este tipo de resultados lo que ha dado pie a una gran cantidad de teorías sobre las actitudes tal y como mencionábamos al principio de este escrito. Así, una vez más, nos encontramos con el viejo dilema de ¿qué es lo que determina en última instancia la relación actitud-

comportamiento?. Los datos estudiados a través de nuestro cuestionario no rastrean otras dimensiones como pueden ser los estereotipos de los roles sexuales, las atribuciones causales que rodean a estos objetos, las creencias en torno a la dieta y al ejercicio y las relaciones probablemente más complejas entre éstas y la actitud y el comportamiento. De ahí que los estudios encaminados a conocer las actitudes específicas respecto a un determinado objeto deben ser un proceso, que inicia rastreando aspectos fundamentales (básicos), para posteriormente ir en consecución de dimensiones más complejas.

Un aspecto interesante de este trabajo es lo encontrado en relación a que si bien existe una actitud positiva hacia el ejercicio por parte de las mujeres y una intención de llevarlo a cabo, la conducta no se da. Esto quizás podamos explicarlo retomando el resultado del segundo estudio donde se encontró que existe una representación del ejercicio asociado básicamente a los hombres. Esta representación, creemos, tiene una influencia determinante para que este grupo no asuma ese hábito, debido a su asociación al género opuesto. Lo mismo podemos argumentar en el caso de los hombres en el sentido del cuidado alimenticio, la asociación que se hace respecto a verlo como algo propio de las mujeres, actúa como detentor de la asunción del cuidado del mismo. Junto a ello, hemos encontrado una representación de "apariencia corporal" fuertemente anclada en los jóvenes la cual intentan conseguir los géneros por medios diferentes. Esta Representación de la "apariencia corporal" disminuye a nivel de esquema de pensamiento de los jóvenes la asociación tanto del cuidado alimenticio como del ejercicio con aspectos de salud, cuestión que se muestra evidente en el dato de que solo unos pocos jóvenes refieren estos hábitos a la salud. De igual forma podemos argumentar

que este es un hecho ya contemplado por la teoria de las Representaciones Sociales, ya que esta señala que el pensamiento común no se construye en base a una lógica formal o algo similar como plantean los modelos atribucionales derivados de la psicología cognitiva, sino que éste se construye en base a una lógica social de sentido común la cual esta matizada de contradicciones, propias de la cultura de esos grupos y de la cultura en general.

Hemos visto también que en los jóvenes estudiantes de las preparatorias estudiadas, aún y cuando llevan a cabo el ejercicio, éste va asociado a malos hábitos alimenticios, a altos índices de tabaquismo en ambos sexos, así como un alto consumo de alcohol. Dado este panorama, se prevé que esta generacion tiene altas probabilidades de presentar diversos problemas de salud en un futuro mediato. Concuerda esta observación con otros autores en considerar a estos jóvenes en condiciones de alto riesgo para el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas como problemas cardio-vasculares, cáncer, obesidad, etc.

Si partimos de la idea antes explicada de que el origen del pensamiento se constituye a través de la socialización, el resultado mostrado en torno a los hábitos masivos de práctica o no del ejercicio, cuidado alimenticio, consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes nos habla de que estos hábitos están solidamente enraizados en los diversos grupos y rituales sociales, en lo cual los medios masivos de comunicación y sus intensas campañas publicitarias colaboran cotidianamente.

146964

Este estudio ha permitido mostrar, nuevamente, que las representaciones sobre los grupos son atributos que se perciben socialmente caracterizando y diferenciando a los distintos géneros. Estos atributos se pueden definir como las características que se cree que diferencian a los sexos estereotípicamente, o que se creen deseables de manera diferencial en cada sexo. Nosotros encontramos en la muestra estudiada que existe una representación claramente definida del por qué el hombre hace ejercicio, así como otra del por qué la mujer cuida su alimentación, la cual nos muestra una imagen del "cuerpo como insignia", no así en la forma de llegar a ello, ni en las características del mismo. Probablemente en los jóvenes en su transición de las conductas infantiles naturales a los comportamientos mediados a través del simbolismo social, el cuerpo es visto como un capital, como un valor muy apreciado en nuestra sociedad y que los jóvenes han asumido esa creencia, considerado que un "buen" cuerpo "atrae" más, "vende" más, "se hace notar" más que un "mal" cuerpo. Mecanismo mental que refiere a comportamientos adaptativos, dado que es evidente que existe un simbolismo social de estatus de un "buen" cuerpo fomentado por los medios de comunicación que los jóvenes tratan de imitar como un medio para otros fines, como por ejemplo ser valorado, admirado, ligar, etc. Esta representaciones del cuerpo también han sido encontradas en otros estudios en otros contextos (Hayes and Ross, 1987) y con otros grupos de más edad.

Lo anterior nos muestra como ya lo habíamos señalado que los hábitos de salud también están determinados por la cultura y por los grupos. Lo cual contradice a los argumentos de la psicología cognitiva la cual explica que estos procesos están determinados por aspectos como pueden ser las atribuciones causales que son interpretadas como un

proceso básicamente individual y da fuerza a las explicaciones de la teoría de las representaciones sociales de que interpreta que estas explicaciones o creencias son construidas por los grupos y sus ideas, en este caso. acerca de la práctica del cuidado alimenticio y el ejercicio. Se lograron rastrear los atributos que los individuos creen que caracterizan a los géneros, estudiando el conocimiento accesible que son las creencias sociales de sentido común. Se puede argumentar también que estas creencias dan forma al carácter normativo, prescriptivo o ideal deseable de la distribución diferencial de los atributos acerca de los hábitos de salud entre hombres y mujeres. Es decir, los atributos positivos que representan los rasgos que se consideran deseables culturalmente para los hombres y las mujeres.

CAPÍTULO 4

LOS PROBLEMAS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA RESPECTO A LOS HÁBITOS DE SALUD Y EL PAPEL DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN EL MISMO

De los trabajos anteriormente expuestos se desprenden una serie de sugerencias en torno a la necesidad de desarrollar una mayor investigación en cuanto a la intervención educativa para la modificación de los hábitos de salud, entre ellos el consumo de alcohol y tabaco y los comportamientos hacia la dieta y el ejercicio. Respecto a los hábitos de fumar e ingerir alcohol, se muestra necesario un trabajo de investigación e intervención a nivel educativo intenso para modificar la adherencia a éstos y la prevención de su ocurrencia en ambos sexos. En cuanto a las actitudes e intenciones positivas en relación a la dieta y el ejercicio, podemos afirmar que hay una clima favorable que debe ser aprovechado. Es evidente que el ejercicio tiene que ser trabajado educativamente haciendo énfasis en las mujeres, al contrario del cuidado alimenticio que tiene que ser más trabajado en los hombres. También es necesario trabajar en ambos sexos la idea de que tanto el cuidado alimenticio como el ejercicio son otra forma de consecución de salud.

Es importante reconocer que en términos de salud es más conveniente -en todos los sentidos- prevenir los problemas que corregirlos. Es sumamente inquietante el constatar que los jóvenes estudiantes de nivel preparatoria muestren índices moderadamente altos de hábitos inadecuados para su salud, los que nos refiere al problema de los estilos de vida. Si consideramos que estos jóvenes todavía están en formación, es conveniente diseñar programas de intervención e integrarlos al programa curricular, dado que éstos proporcionarían los

conocimientos y medios para aprender hábitos de conducta sana que les permitiera prevenir enfermedades y desarrollar su salud a mejores niveles, en otras palabras. estilos de vida más sanos. De esta forma aumentarían las probabilidades de que en el futuro estos jóvenes estudiantes, que son los que supuestamente mejor preparación están teniendo. alcance estándares de calidad de vida adecuados.

Los datos encontrados en este trabajo, creemos, son importantes para todos aquellos preocupados en crear hábitos de salud adecuados en estudiantes y estilos de vida sanos en todos los ciudadanos. También para que nuestras escuelas preparatorias tomen las medidas requeridas y desarrollen los programas necesarios para evitar y contrarrestar este tipo de hábitos inadecuados de salud.

Por otra parte, nuestro estudio parte de la idea que los hábitos sociales inmersos en los estilos de vida provocan una serie de conductas inadecuadas cuando estos hábitos se vuelven extremosos. lo que ha dado lugar a considerar patológico a este tipo de conductas Creemos que lo que se puede considerar inadecuado es el fomentar socialmente este tipo de conductas a través de todos los medios de comunicación, para después condenarlas cuando la persona no puede controlarlas. En esa medida argumentamos que los hábitos inadecuados tienen profundas raíces sociales. las cuales son negadas sistemáticamente por quienes las fomentan.

Estas ideas van encaminadas a transformar nuestro enfoque de los problemas sociales. es decir. prever a través de un conocimiento objetivo los efectos de los estilos de vida. para

con ello intentar una modificación pertinente de los mismos que nos permita socialmente primero, formar individuos sanos; segundo, reducir los costes sociales y económicos derivados de las conductas insanas; y tercero, elevar el nivel de cultura de nuestros ciudadanos en nuestras próximas generaciones. Además, consideramos que la teoría de las Representaciones sociales puede ser un instrumento adecuado para todo ello.

De ahí que los resultados de los anteriores estudios nos mostraron la necesidad de indagar más profundamente, entre otras cosas, acerca del hábito del consumo de alcohol en los jóvenes. Ello nos motivó a diseñar un estudio al respecto. Cabe hacer mencionar que para dar un soporte conceptual en torno al tema revisamos los que se ha indagado en torno a eso.

4.1 EL CONTEXTO DE LA CULTURA DEL ALCOHOL

Desde la antigüedad el uso del alcohol y sus derivados ha impregnado diversos espacios socio-culturales de los pueblos, tales como la celebración de los nacimientos, las bodas, los funerales, la celebración de la fiesta del pueblo, etc., siendo una constante en una considerable cantidad de civilizaciones. En la actualidad esto continúa vigente pero con acentuaciones diferentes, por ejemplo, un gran mercado de oferta con una considerable variedad de productos derivados del alcohol. El intenso desarrollo industrial, comercial e informativo de este siglo ha generalizado gran cantidad de estos productos y con ello su consumo. La sociedad de hoy, al igual que las antiguas, tiene que convivir con el consumo del alcohol, con la magna diferencia de que en la actualidad hay una gran industria del alcohol, originando esto una mayor presencia de productos derivados del mismo y una invasión masiva de estímulos incitando a su consumo, sobre todo en los medios de comunicación (Elzo; Elorza y Laespada, 1994). En consecuencia, el alcohol se ha constituido en la droga social más tolerada y a la que se le atribuyen más cualidades positivas (como valor alimenticio, como medicamento, como un buen complemento del tiempo libre, etc.), creándose con esto una cultura que ensalza los efectos del alcohol. Dicha cultura establece una serie de normas de conducta respecto al consumo del mismo, muchas de ellas permisivas, en el que aparece como factor esencial el esperar más efectos positivos que negativos del alcohol. Dicho factor va a ser uno de los elementos fundamentales que desencadenará el inicio del consumo (Crawford, 1987; Basabe y Páez, 1992). Lo que ha

derivado en que el consumo de alcohol sea uno de los problemas de salud más relevantes, dado que afecta a una considerable cantidad de personas y sociedades.

Visto en perspectiva, la historia ha hecho evidente que los hábitos sociales cambian de forma continua y no siempre de manera positiva para la generación que los provoca y las siguientes. En la actualidad, el costo en gastos de salud social derivados por problemas relacionados con el consumo de alcohol, gira alrededor de un tercio de los gastos totales de la atención a la salud en los países desarrollados. Los accidentes de tráfico, los accidentes laborales, hospitalizaciones e invalideces, malos tratos, separaciones conyugales, conductas agresivas (Elzo; Elorza y Laespada, 1994), son hechos donde se ha manifestado su incidencia más clara. Otro aspecto de esto es lo que algunos estudios han mostrado, que a más temprana iniciación en el consumo de alcohol, mayores problemas de salud se tendrán en la vejez.

De entre todos los problemas derivados del consumo del alcohol hay uno que por su magnitud es bastante delicado, es el referente al gran incremento del consumo de alcohol entre los adolescentes y los jóvenes, tanto en hombres como en mujeres (Budd & Spencer, 1984). Las causas de este fenómeno son diversas, pero las que se han señalado como las más influyentes son: las grandes campañas publicitarias en los medios de comunicación y la asociación que se ha establecido entre consumo de alcohol y diversión (Trafimow, 1996); sin embargo esta asociación enmascara los efectos negativos del alcohol, que como se mencionó son numerosos.

4.2 HÁBITOS SOCIALES DE LOS JÓVENES REFERENTES AL CONSUMO DE ALCOHOL

Es a partir de la década de los ochenta cuando diversos estudios muestran una serie de cambios en el patrón de consumo juvenil, entre ellos se identifica un perfil de consumo de alcohol diferente al de los adultos. Algunas de las características de este perfil son las siguientes: reducción de la edad de inicio habitual en el consumo de alcohol, de los 16-17 años de décadas anteriores a 14-15 años en la actualidad; nuevas motivaciones de consumo, entre ellas: el ser un símbolo de estatus; asociarlo a efectos desinhibidores; como facilitador de ligue sexual; como acrecentador de la asertividad; potenciar el pasárselo bien, sobre todo en fiestas y fines de semana; y el que el consumo de alcohol se produce básicamente en el contexto de las relaciones sociales de grupo de pares (Cahalan y cols., 1969; Leigh y Stacey, 199: Elzo; Elorza y Laespada, 1994). Se ha encontrado también que los lugares que los jóvenes suelen elegir para consumir alcohol son básicamente las fiestas y las discotecas, esto es, preferentemente fuera de casa (donde el consumo es social y "hay ambiente"), en su tiempo libre (sobre todo los fines de semana y en especial los sábados), y con sus semejantes (personas de su misma edad).

CAPÍTULO 5

ESTUDIOS ACERCA DE LAS CREENCIAS SOCIALES DEL ALCOHOL Y LA PERSPECTIVA DEL PARADIGMA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

De los diversos estudios acerca de las creencias de los efectos del alcohol que se han realizado la mayoría de ellos han sido de campo, ello ha provocado que se hayan desarrollado diversos instrumentos para su medición. De todos ellos el más conocido. estudiado y utilizado ha sido el Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ) desarrollado por Brown (1980) y Brown; Goldmman: Inn y Anderson (1980). El cuestionario está constituido por 90 enunciados que hacen alusión a los diversos efectos esperados del alcohol. Con datos extraídos de esta encuesta se han realizado diferentes análisis factoriales con el objetivo de encontrar dimensiones subyacentes a los mismos, estos han mostrado seis dimensiones o grupos de creencias acerca de los efectos esperados del consumo del alcohol. Dichas dimensiones son las siguientes: el alcohol es visto como un medio para un cambio positivo de la personalidad; el alcohol como un ingrediente que aumenta el placer físico y social; el alcohol como un buen complemento de las relaciones sexuales; el alcohol como inductor del poder y la agresión: el alcohol como potenciador de la asertividad; y el alcohol como instrumento favorecedor de la relajación (Brown y cols., 1980).

Algunas investigaciones con distintas muestras de diferentes poblaciones han mostrado que el cuestionario desarrollado por Brown tiene un conveniente valor discriminante, así como también que las diversas expectativas relacionadas con el consumo del alcohol (creencias de sentido común de las personas) están asociadas con variables tanto

individuales como sociales. Al respecto, Rohsenow (1983) encontró que en el consumo de alcohol también se manifiesta el sesgo denominado "primus inter pares", que hace referencia a la creencia de las personas de ser más que los demás, en este caso, el de tener más resistencia tomando alcohol que los pares, esto los jóvenes lo explican con el argumento de que el alcohol y sus efectos eran más intensos en las otras personas que en ellas mismas. Asimismo, que en los bebedores habituales se manifestó también el sesgo denominado "falso consenso", que en este caso se manifestaba en la tendencia de las personas a creer que los otros piensan, sienten y se comportan de la misma forma en que ellos lo hacen. Otros estudios han mostrado que los jóvenes a pesar de ser conscientes de que, en determinados momentos, consumen alcohol de forma excesiva, esto no lo asocian a ningún tipo de repercusiones negativas, no ya a problemas de salud o accidentes de tráfico, sino que tampoco a molestias como exceso de ruido, molestias a los vecinos, molestias a la familia, orinar en la vía pública, etc. (Crawford, 1987; Basabe y Paez, 1992; Elzo, 1994). Siendo así, que en el esquema de pensamiento las creencias positivas disminuyen la magnitud de las consecuencias negativas, minimizándolas.

Dentro del estudio de la importancia de las creencias en el consumo de alcohol está la cuestión fundamental respecto al valor predictivo de las mismas. En otras palabras, ¿qué tan determinantes son las creencias como agente causal para explicar el consumo o no del alcohol?. Algunos estudios tanto transversales como longitudinales han tratado de responder a esta pregunta, involucrando a la par de variables psicológicas, otro tipo de variables (por ejemplo, las sociodemográficas) asociadas a la ingesta de alcohol.

analizándolas a través del análisis de regresión múltiple intentando establecer el efecto causal de cada una de las variables con el consumo de alcohol (Christiansen y Goldman, 1983; Brown, 1985). Se ha encontrado que las expectativas sobre los efectos del alcohol son un confiable indicador predictivo asociado para estimar los patrones de consumo de alcohol en los jóvenes. El dato más consistente es que los adolescentes con una ingesta elevada de alcohol, la cual efectuaban en compañía de pares, esperaban un efecto favorecedor del alcohol en su conducta social. En un estudio meta-analítico llevado a cabo por Leigh y Stacy (1991) acerca de diversos estudios que han utilizado el AEQ para predecir el consumo de alcohol, se encontró que las creencias en los efectos positivos del alcohol fueron las que más se asociaron al consumo del mismo y más concretamente a sus efectos positivos sobre el aumento del placer sexual, en el incremento de la relajación y en la intensificación de la asertividad social.

Lo anteriormente expuesto respecto a las creencias de sentido común respecto al alcohol, constituye una muestra de lo que nosotros llamamos Representaciones Sociales. Perspectiva que nos sitúa en el estudio de las motivaciones, actitudes, creencias, explicaciones, emociones y conductas que las personas tienen respecto al alcohol. El consumo de alcohol no solo es un hecho fisiológico, físico, sino también social, dado que a la vez de provocar alteraciones fisiológicas produce cambios sociales variando la dinámica social. Podemos argumentar que el alcohol no es solo una droga, es un simbolismo social que impregna las relaciones interpersonales y las cogniciones intrapersonales, el cuál ha sido forjado, como muchos otros símbolos sociales, a través de la historia de los pueblos.

Ya hemos señalado que Moscovici (1961) empleó el término de Representaciones Sociales para designar el pensamiento común en la vida cotidiana, es decir, las interpretaciones de sentido común que las personas realizan frente a su entorno. Es de ahí que las Representaciones Sociales designan una forma de pensamiento social (Moscovici, 1988; 1993).

También hemos comentado en otro apartado como Moscovici (1993) coincidía con lo expresado por Vygotski (1991) en cuanto a que el simbolismo social se construye a través de la historia cultural de las comunidades. Lo que apunta a que de entre los principales problemas en el estudio de las Representaciones Sociales están el determinar qué piensan las personas de los diferentes objetos sociales que les son significativos, el conocer los contenidos de éstas, sus formas de explicación, los comportamientos que ello conlleva, los escenarios prototipicos donde se manifiestan estos comportamientos y el de si esto es similar o diferente en las diversas culturas. En concordancia con esto argumenta que las Representaciones Sociales pueden ser identificadas en los valores, los dichos, los mitos, los estereotipos, los prejuicios, las relaciones intergrupales y que manifiestan en las formas de organización materiales y espaciales, esto es, la arquitectura social.

Todo ello nos habla de la relevancia de las RS, puesto que las mismas nos permiten entender los diversos elementos que interactúan tanto en los procesos cognitivos como en las interacciones sociales, dado su carácter de sistemas de interpretación que rigen las

relaciones de las personas consigo mismas, con las otras y con el mundo, y por su función de organizadoras de las comunicaciones y los comportamientos. Como fenómenos cognitivos las Representaciones Sociales vinculan la pertenencia social de las personas con los aspectos emotivos y normativos, la asimilación de las experiencias, los modelos de conducta y formas de pensamiento inculcadas. Como fenómenos sociales también juegan un papel clave debido a que se sitúan en la intersección de lo psicológico y lo social, de ahí también su importancia para diversas ciencias sociales como la historia, la antropología, la sociología, etc. puesto que muestran aspectos de la ideología y los sistemas simbólicos que reflejan las diversas mentalidades de los grupos, debido a que las Representaciones Sociales son siempre representaciones de algo y que lo sustituyen, y que adquieren su propio significado simbólico dado que se les interpreta como ese algo, que son creadas por alguien y que por lo tanto son una expresión de la persona.

Algunos investigadores, retomando las ideas de Moscovici, han estudiado en diferentes contextos, con distintas estrategias y técnicas, cómo las personas elaboran representaciones sociales de diversos objetos, como éstas actúan en forma de convicciones razonadas, y se anclan en diferentes grupos sociales (DiGiacomo, 1981; Vala, 1984; Ayestaran y Paez, 1986; Jodelet, 1989; Stainton-Rogers, 1991; Páez y SanJuan, 1992; Echebarría y Alvarez, 1996). Se ha encontrado que las formas similares de pensar y discutir crean un consenso y que las divergencias se establecen en base al posicionamiento con respecto al objeto. Las Representaciones Sociales implican: una toma de postura de las personas con respecto al objeto, esto es, una evaluación de agrado-desagrado del objeto;

una reacción emocional respecto al mismo; una explicación del porqué de esta evaluación y un comportamiento ante este objeto, de tal forma que permita integrarlo en el proceso general de pensamiento y con el saber práctico-compartido respecto a los objetos. Las representaciones sociales se ha mostrado como guía de la acción de las personas en su relación cotidiana con los hechos. Siendo así, que las personas elaboran actitudes, creencias, emociones, formas de explicación. y conductas frente a los hechos, no de manera formal, razonadas lógicamente, sino a través de un saber social, con todas las contradicciones que ello implica. También se ha explicado cómo en el proceso de adquisición de las creencias existe un primer estadio donde éstas son externas a la persona y otro posterior donde éstas se internalizan, asimilan y se hacen propias (Moscovici, 1993).

En este sentido Moscovici también coincide con Vygotski (1991), cuando éste explica que los signos y símbolos son construcciones sociales que las personas tienen que hacer propias a través de la socialización y el aprendizaje vicario. Por lo tanto, respecto al tema del alcohol podemos argumentar que las personas antes de empezar a beber alcohol o mantenerse alejadas de su consumo, ya tienen una serie de creencias estructuradas acerca de los efectos del alcohol, de tal forma, que éstas se convierten necesariamente en antecedentes cognitivos causales de la ingesta.

Así, cada grupo posee una serie de normas respecto al nivel de consumo que se considera pertinente, tanto por sexo como por edad y situación. De forma general, el alcohol se utiliza como un facilitador de las relaciones sociales (Westermeyer, 1987), el que

más se asocia al ocio (Arrue y Kalinsky, 1988), y el que consumirlo en compañía de amigos. en fiestas, es algo socialmente aceptado. La cultura del alcohol se transmite a través de las creencias sociales, y éstas, a través del proceso de socialización, encontrándonos que las diversas RS del alcohol se anclan en diferentes grupos en función de sus creencias y características sociales.

5.1 ESTUDIOS Y PROBLEMAS METODOLÓGICOS RESPECTO A LAS EXPECTATIVAS SOBRE LOS EFECTOS DEL ALCOHOL

Por todo lo mencionado, es de particular importancia estudiar las "expectativas sobre los efectos del alcohol". Dicho concepto ha sido definido como las creencias sobre los efectos (mejora en el estado de ánimo, facilitador de relaciones sociales, facilitador de la agresión, facilitador de la transgresión de las normas sociales. etc.) que las personas esperan de dicha sustancia (Brown y cols., 1980). La infinidad de estudios sobre dichas expectativas o creencias sobre el alcohol muestran dos claras tendencias: Por un lado, aquellas investigaciones que tratan de indagar sobre los efectos reales del alcohol, en contraste con los efectos que produce el hecho de creer que se está consumiendo alcohol (Crowe & George. 1989; Bushman & Cooper, 1990). Este tipo de estudios de carácter experimental se han basado en la utilización del llamado "diseño placebo". esto es. consumo real versus consumo de un placebo. En este contexto el concepto de expectativa se refiere a las creencias de las personas sobre si han consumido o no alcohol en la condición experimental en que han participado. Por otra parte, están aquellos estudios básicamente correlacionales,

tanto transversales como longitudinales, que intentan indagar respecto al valor predictivo de las expectativas o creencias sobre los efectos del alcohol en relación a los patrones de consumo del mismo (Basabe y Páez, 1992; Cárdenas y Moreno-Jimenez, 1990). Aquí el concepto de expectativa hace referencia a las creencias que las personas y los grupos tienen acerca de los efectos del consumo de alcohol y sus consecuencias.

En nuestro estudio emplearemos las dos técnicas de investigación, ya que se intenta indagar: primero, a través de un estudio correlacional, cuáles son las representaciones sociales o creencias de sentido común que tienen los jóvenes respecto al consumo de alcohol, conocer cuáles son las características de estas creencias, si son homogéneas o existen diversos tipos de creencias, e intentar determinar cuales creencias son las que se asocian más estrechamente al consumo del mismo; segundo, a través de un estudio experimental, indagar si el debate respecto a las diversas representaciones o creencias, provoca un cambio en la percepción del alcohol por parte de los jóvenes. Datos anteriores, analizados y valorados en su conjunto, nos confirman parcialmente el valor explicativo de las creencias de sentido común, llamadas por nosotros Representaciones Sociales, en la ingesta del alcohol, tanto a nivel individual como grupal.

5.2 LA INTERVENCIÓN FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL

Uno de los mayores problemas claramente identificado con el consumo de alcohol (al igual que en toda conducta de riesgo) es el de las formas de intervención, las cuales desde nuestro punto de vista son multicomponentes. De entre las dificultades más relevantes del problema de la intervención está la referente a la dificultad de provocar o mantener cambios de comportamiento por largos periodos de tiempo en un considerable número de personas (Leventhal & Cleary, 1979; Kirschenbaum & Tomarkin, 1983; Gibbons & Gerrard, 1995). Se ha encontrado que son pocas las estrategias de intervención que se han mostrado efectivas en provocar cambios comportamentales a largo plazo de forma consistente.

Son diversos los programas que han sido cuidadosamente diseñados con el objetivo de provocar cambios en diferentes subgrupos, en ellos se han empleado diferentes sistemas de evaluación de las conductas de riesgo específico y de la salud. Algunos de estos programas han podido identificar las causas de las conductas, pero han fallado en la conceptualización de los componentes y en la asociación que éstos tienen con las emociones y las cogniciones. Lo que ha mostrado las debilidades de los estudios que han intentado abordar el problema estableciendo condiciones control simples (Leventhal & Cameron, 1987). El problema requiere la introducción de múltiples grupos de variables tales como mecanismos de autocontrol, mecanismos emocionales, mecanismos grupales, etc., que permitan una visión amplia del problema. También se han desarrollado tanto investigaciones experimentales

como correlacionales que han empleado sofisticados análisis multivariados para entender la influencia de diversos factores mediacionales. Ello ha derivado en diversos modelos tales como el Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974), el Auto-Regulatory Model (Leventhal. Meyer & Nerenz, 1980) y la Teoría de Acción Razonada (Fisbhein & Ajzen, 1980), que intentan explicar los componente subyacentes a los comportamientos y que hacen énfasis en factores de naturaleza procesual cognitiva como antecedente causal de la conducta, tales como la suceptibilidad o riesgo percibido y los costes y beneficios de las conductas preventivas en el caso del Health Belief Model (Hayes & Ross, 1987; Bond, Aiken & Somerville, 1992), o la actitud y la norma subjetiva en la Action Razoned Theory (Connors & Heaven, 1995; Trafimow, 1996), o el afrontamiento tanto cognitivo como emocional en el Auto-Regulatory Model (Leventhal & Cameron, 1987; Leventhal & Diefenbach. 1991). En general, se ha encontrado: que la mayoría de los programas de intervención incrementan los conocimientos con respecto al objeto, pero no provocan una disminución significativa en las conductas de riesgo; que las estrategias conductuales intensas disminuyen substancialmente las conductas de riesgo en las personas que completan todo un programa; que las estrategias de comunicación menos intensas parecen ser efectivas en cambiar los conocimientos y las actitudes, pero que provocan poco impacto en el cambio en la conducta de riesgo; y, como ya habíamos mencionado, son pocos los programas efectivos, de forma consistente, en mantener los cambios conductuales (Leventhal, Prohaska & Hirschman, 1985; Gibbons & Gerrard, 1995; Páez, Ubillos y León, 1996).

Se ha argumentado que probablemente el entrenamiento de estrategias conductuales sea lo mejor para aplicar en los jóvenes, mientras que el entrenamiento de estrategias cognitivas sea lo mejor para los mayores. También, que identificar los grupos objetivo, sus problemáticas específicas y los mecanismos involucrados en el establecimiento y mantenimiento de la conducta de riesgo, es un paso necesario en la construcción de estrategias de intervención (Leventhal, Prohaska & Hirschman, 1985). Pero, aún y cuando se argumenta que los jóvenes son más maleables que las personas mayores, son pocos los programas que se han mostrado importantes al momento de tratar con las principales conductas de riesgo de los mismos. Sin embargo, el énfasis en provocar conductas de cuidado a la salud en este grupo es debido, en parte, a que los mayores presentan menos conductas de riesgo que los jóvenes, son menos susceptibles a la presión social y que presentan más dificultades al intentar influirles conductas preventivas.

Por nuestra parte creemos que una estrategia que puede ser importante en la educación sobre hábitos de salud en los jóvenes es la confrontación de ideas entre grupos de ellos diferenciados por su posicionamiento ante el objeto, por sus representaciones con respecto al mismo. Pensamos que el debate de ideas permite la comparación de ideas y de argumentos que las sustentan, lo que provoca una polarización inicial de las mismas, para en segundo término retomar los sujetos argumentos de ambos grupos dando como resultado una representación más compleja.

Las conclusiones más evidentes de lo antes expuesto son: El carácter social de las creencias de sentido común o Representaciones Sociales del alcohol; las creencias de sentido común o Representaciones Sociales del alcohol tienen un valor predictivo en el inicio de la ingesta del mismo; el proceso de adquisición de dichas creencias o Representaciones es anterior al patrón estable de consumo; las creencias o Representaciones respecto al alcohol se agrupan básicamente alrededor de tres dimensiones o ejes: creencias o Representaciones de efectos positivos del alcohol, creencias o Representaciones de efectos negativos del alcohol y creencias o Representaciones del alcohol como intensificador de las experiencias sociales; y los diversos programas de intervención en los jóvenes han mostrado fuertes dificultades para mantener cambios conductuales a largo plazo (Brown, 1985; Leventhal, Prohaska & Hirschman, 1985; Moscovici, 1988, 1992; Basabe y Páez, 1992; Elzo, 1992; Gibbons & Gerrard, 1995, Páez et al, 1996).

CAPÍTULO 6

ESTUDIO CORRELACIONAL ACERCA DE LAS CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS ACERCA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

6.1 Método

Muestra

El estudio se llevó a cabo en cuatro preparatorias públicas seleccionadas al azar del conjunto de preparatorias de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, México. Siendo estas la preparatoria N° 8, la N° 9, la N° 15 (Unidad Madero) y la Preparatoria Técnica Médica.

Las mismas representan el 10% del total de las preparatorias de dicha universidad. Participaron 708 jóvenes seleccionados al azar, distribuidos de la siguiente forma: 188 de la preparatoria 8; 206 de la 9; 224 de la 15; y 90 de la Técnica Médica; distribución que equivale al 10% de las poblaciones de cada una de las preparatorias. La distribución por sexos fue de 55% hombres y 45% mujeres y con una media de edad de 15.5 años.

6.2 Procedimiento, variables e instrumentos de medición

Los estudiantes respondieron, durante horas de clase, a un cuestionario administrado por el investigador. El cuestionario estaba dividido en cuatro secciones: variables sociodemográficas, variables de soporte social, variables de consumo, y variables de creencias acerca de las consecuencias del consumo de alcohol.

Variables Sociodemográficas

Siete preguntas cerradas para recoger datos de tipo demográfico (edad, sexo, ocupación, nivel de estudios,etc.)

Variables de Soporte Social

Un indicador de integración social que fue medido con una escala de cuatro ítemes tipo Likert de tres puntos (de 1=nada a 3=mucho), para medir las redes sociales donde se lleva a cabo el consumo.

Variables de creencias respecto a las consecuencias del consumo de alcohol

Una escala sobre expectativas y creencias sobre los efectos del alcohol (Brown, 1980) de 34 ítemes tipo Likert (1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo).

Dicha escala diseñada por Brown (1980), fue validada al castellano por Basabe y Páez (1992).

Variables de Consumo

Siete preguntas cerradas para conocer la edad de inicio del consumo, tipo de consumo, cantidad de consumo, constante del consumo en el último año, en el último mes, problemas derivados del consumo y días y lugares de consumo.

6.3 Hipótesis

1.- Existen diversas representaciones acerca de los efectos del alcohol, entre ellas una positiva, una negativa.

2.- Las creencias positivas sobre el alcohol se asocian a su consumo.

3.- El consumo de alcohol en los jóvenes es gregario, esto es, las personas con mayor soporte social (convivir con los amigos y acudir a fiestas) tendrán un mayor nivel de consumo.

6.4 Resultados

Se realizó un análisis de frecuencias para indagar respecto a las variables consumo, edad de inicio y tipo de bebida más consumida: Se encontró que 351 (49.6 %) jóvenes señalaron no consumir alcohol y 357 (51.4%) dijeron si consumir; en cuanto a la edad de inicio de consumo la media para la misma fue de 14.06 años; la bebida más consumida fue la cerveza (el 60%). Enseguida se realizó un análisis de Chi-cuadrado para observar si había diferencias en cuanto al consumo en relación a los sexos (ver tabla 8)

TABLA 8

¿CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

	SI	NO	Total
SEXO	221	140	361
HOMBRES	61.2	38.8	51.0
	63.0	39.2	
	31.2	19.8	
	130	217	347
MUJERES	37.5	62.5	49.0
	37.0	60.8	
	18.4	30.6	
Columna	351	357	708
Total	49.6	50.4	100.0

Chi-Cuadrada	Valor	DF	Significación
Pearson	39.93922	1	.00000
Continuity Correction	38.99461	1	.00000
Likelihood Ratio	40.32648	1	.00000
Mantel-Haenszel test for linear association	39.88280	1	.00000

El análisis de Chi-cuadrado resultó significativo, podemos observar que el 61 % de los hombres dijeron consumir, a diferencia de las mujeres las cuales solo el 37.5% dijeron hacerlo. El porcentaje de jóvenes que consume alcohol se muestra alto, alrededor del 50%, dato que es similar al encontrado por Leñero (1990) en jóvenes estudiantes de la ciudad de México. Creemos que este dato es digno de considerar en la planeación de las políticas de salud

Posteriormente se realizó un análisis factorial con el objetivo de encontrar dimensiones subyacentes a los datos del cuestionario de creencias, en dicho análisis se extrajeron tres factores que explicaron el 39,7% de la varianza (ver tabla 9).

TABLA 9
ANÁLISIS FACTORIAL DE CREENCIAS SOBRE EL ALCOHOL

No.	VARIABLES	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR3
7	El alcohol lo hace sentir a uno bien	.75		
10	Si estamos decaídos el alcohol nos hace sentir mejor	.74		
27	El alcohol nos pone contentos y felices	.65		
2	Con el alcohol las personas son divertidas	.62		
1	El alcohol nos hace sentir optimistas	.58		
30	Después de unas copas es más probable que digamos cosas inconvenientes y hasta molestas para los que están con nosotros		.65	
22	Después de unas copas es más fácil tropezar, caerse, perder el equilibrio, etc.		.62	
33	Después de unas copas es más fácil tener una pelea		.61	
26	Después de unas copas es más fácil saltarse las reglas		.60	
20	El alcohol hace que las personas tengan problemas de salud		.58	
14	Después de unas copas es más difícil comprender lo que nos dicen los demás			.56
11	Después de unas copas es más difícil pensar con claridad			.51
13	Después de beber alcohol es más difícil saber lo que estamos haciendo			.44
18	El alcohol hace que uno se sienta triste			.43
34	Cuando uno bebe alcohol es más fácil desconfiar y recelar de la gente			.40
% de VARIANZA EXPLICADA		18.5%	13.7%	7.5%

TOTAL DE VARIANZA= 39.7%

El primer factor se constituyó con las siguientes variables: "el alcohol lo hace sentir a uno bien"; "si estamos decaídos el alcohol nos hace sentir mejor"; "el alcohol nos pone contentos y alegres"; "con el alcohol las personas son divertidas"; y "el alcohol nos hace sentir optimistas". Este primer factor se define por una serie de ideas que muestran al alcohol como un elemento positivo en el comportamiento de las personas. Dado su contenido, a dicho factor lo hemos nombrado **Representación Positiva del alcohol**

El segundo factor asoció las variables: "después de unas copas es más probable que digamos cosas inconvenientes y hasta molestas para los que están con nosotros"; "después de unas copas es más fácil tropezar, caerse, perder el equilibrio, etc."; "después de unas copas es más fácil tener una pelea"; y "después de unas copas es más fácil saltarse las reglas, por ejemplo, la hora de llegar a casa". Este factor se ha definido por asociar efectos negativos del alcohol. A dicho factor lo hemos llamado **Representación Negativa del Alcohol**.

El tercer factor se formó por las variables: "después de unas copas es más difícil comprender lo que nos dicen los demás"; "después de unas copas es más difícil pensar con claridad"; "después de beber alcohol es más difícil saber lo que estamos haciendo"; "el alcohol hace que uno se sienta triste"; "después de beber alcohol es más fácil desconfiar y recelar de la gente". Este factor se define por asociar el consumo de alcohol con dificultades sobre todo cognitivas. A este factor le hemos nombrado **Representación del alcohol como alterador cognitivo**.

Los tres factores encontrados son similares en contenido a los encontrados en otras investigaciones (Brown. 1985; Leigh & Stacey, 1991; Basabe y Páez, 1992; Elzo, 1994). Asimismo, este resultado confirma nuestra primera hipótesis.

Una vez extraídos los factores de las representaciones del alcohol, se realizó un análisis de regresión con el objetivo de observar la asociación de estas representaciones con el consumo real del alcohol realizado por los jóvenes en el último mes y de comprobar nuestra segunda hipótesis. Se tomaron los factores extraídos (las RS del alcohol) como variables predictoras y como variable dependiente el consumo de alcohol en el último mes (ver tabla 10)

TABLA 10
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE
VD= CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ULTIMO MES

VARIABLES (VI)		BETA	T	SIG. T
FACTOR 1	Creencias positivas	.38	11.10	.0000
FACTOR 2	Creencias negativas	-.01	-.41	.6783
FACTOR 3	Dificultades cognitivas	-.03	-1.00	.3135
F= 41.53		SIG. F= 0000	R Múltiple = .40	
			R2 =.16	
Total de casos 708			R2 Ajustada .15	

El único factor que mostró una asociación significativa con el consumo de alcohol en el último mes fue el de la representación positiva del alcohol, indicándonos que las creencias positivas del alcohol se asocian a su consumo durante el último mes. Dicho resultado está en congruencia con lo encontrado por otros investigadores (Brown, 1980; Basabe y Páez, 1992; Elzo, 1994; Trafimow, 1996), además de que confirma nuestra segunda hipótesis.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión con el objetivo de observar la asociación de estas representaciones con el consumo de alcohol en fiestas y/o con los amigos y de comprobar nuestra tercera hipótesis. Al igual que en el análisis anterior se tomaron los factores extraídos como variables independientes y como variable dependiente el consumo de alcohol en fiestas y/o con los amigos (ver tabla 11).

TABLA 11
ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE
VD= CONSUMIR ALCOHOL EN FIESTAS Y/O CON LOS AMIGOS

VARIABLES (VI)		BETA	T	SIG. T
FACTOR 1	Creencias positivas	. 39	11.26	.0000
FACTOR 2	Creencias negativas	. 03	1.0	.3160
FACTOR 3	Dificultades cognitivas	-.05	-1.50	.1324

F= 43.36 SIG. F= 0000 R Múltiple = .40
R2 =.16
Total de casos 708 R2 Ajustada =.16

La única variable que mostró un valor predictivo con el consumo de alcohol en fiestas y/o con los amigos fue el de la representación positiva del alcohol, indicándonos que los jóvenes que están inmersos en una red de soporte social tienden a un mayor consumo de alcohol. Dicho resultado está en congruencia con lo encontrado por otros investigadores (Brown, 1980; Seeman & Anderson, 1983; Basabe y Páez, 1992; Elzo, 1994; Trafimow, 1996), asimismo se ve confirmada nuestra tercera hipótesis.

CAPÍTULO 7

ESTUDIO EXPERIMENTAL ACERCA DE LA MODIFICACIÓN DE REPRESENTACIONES RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL

7.1 MÉTODO

Muestra

El estudio se llevó a cabo en las mismas escuelas donde se realizó el estudio correlacional. Participaron 96 jóvenes voluntarios seleccionados al azar, distribuidos en doce grupos, tres por preparatoria. Cada grupo estuvo formado por ocho sujetos, cuatro hombres y cuatro mujeres, dos hombres simpatizantes del consumo del alcohol y dos no simpatizantes, dos mujeres simpatizantes del consumo y dos no simpatizantes. La media de edad fue de 15.6 años. Los doce grupos fueron divididos en cuatro de control: cuatro experimentales condición 1 y cuatro experimentales condición 2.

7.2 Procedimiento, variables e instrumentos de medición

Los grupos control, permanecieron en clase junto al resto de sus respectivos compañeros de clase para participar en la exposición que sus maestros de orientación vocacional realizaron respecto al tema de las adicciones (esto debido a que en la programación establecida sobre los temas, el referente al consumo de alcohol se trata en

conjunto con temas sobre tabaco, drogas, etc.), de acuerdo al calendario de la programación semestral para el tema. Antes de iniciar la clase el maestro les pedía a los alumnos que contestaran la primera parte del instrumento; al término de la clase se les pedía que contestaran la segunda parte del instrumento.

En los grupos de la condición 1 el investigador trabajó por separado con cada uno de los grupos por el tiempo que dura una clase; a los sujetos (8 por cada grupo) se les separó de sus respectivos grupos, llevándolos a trabajar en un salón designado para ello, con los cuales se realizó una técnica de discusión grupal acerca del consumo de alcohol dirigida por él mismo. En un primer momento se les pedía que respondieran a la primera parte de la encuesta. Posteriormente se les daba la consigna que hacía alusión a que se iba a discutir el tema del consumo de alcohol y que todos podían expresar libremente sus ideas al respecto. La función del investigador fue la de moderar, así como introducir en caso necesario, un equilibrio respecto a la discusión sobre las consecuencias positivas y negativas del alcohol, intentando crear una actitud de debate basado en la argumentación. También se alentaba a que comentaran experiencias negativas que hubieran vivido o que conocieran, además de hacer una recapitulación de lo discutido. Esta estrategia de equilibrar los dos tipos de creencias, fue debido a que las creencias positivas del consumo del alcohol son las más generalizadas y con mayor influencia, tal y como se pudo observar en el estudio correlacional. Al término de la discusión se les pedía que respondieran a la segunda parte del instrumento.

En los grupos de la condición 2, el investigador trabajó, al igual que en la condición 1, por separado con cada uno de los grupos por el tiempo que dura una clase; a los sujetos (8 por cada grupo) se les separó de sus respectivos grupos, llevándolos a trabajar en un salón designado para ello, con los cuales se realizó una técnica de discusión grupal dirigida por ellos mismos. La consigna inicial hacía alusión a que se iba a discutir el tema del consumo de alcohol y que todos podían expresar libremente sus ideas al respecto. A diferencia de la condición 1, aquí, después de darse la consigna, se les dejaba solos para que discutieran sobre el tema y al término del tiempo el investigador volvía para aplicar la segunda parte del cuestionario y agradecer la participación.

Como se mencionó todos los participantes respondieron a un cuestionario administrado por el profesor y/o el investigador antes y después de la exposición y/o la intervención (medida pre y post). El cuestionario estaba dividido en cuatro secciones: variables sociodemográficas, variables de creencias acerca de las consecuencias del consumo de alcohol, variables actitudinales y una variable de percepción de riesgo. Las tres últimas secciones se medían antes y después de la intervención y/o la clase.

Variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, nivel de estudios, nivel económico, tipo de familia.)

Variables de creencias respecto a las consecuencias del consumo de alcohol

Se seleccionaron los 3 ítemes con más valor propio de la Representación Positiva del alcohol: 7 "el alcohol lo hace sentir a uno bien"; 10 "si estamos decaídos el alcohol nos hace sentir mejor"; y 27 "el alcohol nos pone contentos y alegres". También se seleccionaron los 3 ítemes con más valor propio de la Representación Negativa del alcohol: 30 "después de unas copas es más probable que digamos cosas inconvenientes y hasta molestas para los que están con nosotros"; 22 "después de unas copas es más fácil tropezar, caerse, perder el equilibrio, etc.". Como se recordará estos ítemes estaban medidos por una escala tipo Likert (1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo). Estos ítemes los tomamos como indicadores para medir el cambio de creencias tanto positivas como negativas.

Variables actitudinales

Un diferencial semántico con cuatro ítemes: Bueno-malo; Agradable-desagradable; divertido-aburrido; y actividad-pasividad. Estos ítemes fueron medidos con una escala tipo Likert de 5 puntos (bueno–1- malo=5, etc.). La escala nos sirvió de indicador de la posición actitudinal de los sujetos respecto al alcohol.

Variable de riesgo percibido

Se preguntaba a los sujetos que indicaran su creencia del grado de riesgo de que ellos pudieran caer en el consumo de alcohol. Esta pregunta se midió con una escala tipo Likert de 5 puntos (1–ninguno a 5 muy alto).

CAPÍTULO 8

8.1 HIPÓTESIS

1.- La técnica grupal de discusión dirigida, orientada por los hallazgos previos del investigador a través del estudio correlacional, provoca un impacto superior en la modificación de las creencias, actitudes y riesgo percibido, que las técnicas de exposición a información.

2.- La técnica grupal de discusión dirigida, orientada por los hallazgos previos del investigador a través del estudio correlacional, provoca un impacto superior en la modificación de las creencias, actitudes y riesgo percibido, que el trabajo entre los propios jóvenes.

8.2 RESULTADOS

Se realizaron una serie de análisis de la varianza (uno para las creencias positivas, otro para las creencias negativas, uno para las actitudes y uno para el riesgo percibido) con el objetivo de observar si había diferencias significativas entre las medidas pre y post de los grupos expuestos al trabajo cotidiano de los maestros en clase y los grupos expuestos a la intervención del investigador (ver tablas 12, 13, 14, 15).

TABLA 12
ANÁLISIS DE VARIANZA

CREENCIAS POSITIVAS X CONDICIÓN

	MEDIAS PRE					
VARIABLES	TOTAL MUESTRA (N=96)	GRUPO CONTROL (N=32)	GRUPO COND. 1 (N=32)	GRUPO COND. 2 (N=32)	F	SIG. F
Sentir bien	2.59	2.62	2.46	2.68	.298	.749
No Decaídos	2.51	2.53	2.40	2.59	.231	.794
Contentos, Alegres	2.76	2.68	2.37	3.21	4.84	.066
	MEDIAS POST					
VARIABLES	TOTAL MUESTRA	GRUPO CONTROL	GRUPO COND.1	GRUPO COND.2	F	SIG. F
Sentir bien	2.46	2.59	2.12	2.68	2.501	.087
No Decaídos	2.37	2.56	2.21	2.34	.933	.392
Contentos, Alegres	2.83	2.84	2.50	3.15	2.953	.056

Los resultados muestran que tanto en la pre evaluación como en el retest, no se presentaron diferencias significativas de las creencias positivas hacia el alcohol, entre los grupos. Aunque, en el retest se puede observar una tendencia hacia la disminución de las creencias positivas, la diferencia entre las condiciones no fue significativa a excepción de la variable tres donde la media tendió a aumentar tanto en la condición control como en la condición experimental 1, lo que significa que estuvieron los jóvenes más de acuerdo con las creencias positivas, lo cual se confirma en la media total que se incremento. Esto probablemente pueda explicarse en el sentido de que la estructura cognitiva de las creencias positivas respecto al consumo de alcohol es fuerte (Brown, 1985; Basabe y Paez, 1992, Trafimow,1966), indicándonos esto que para un cambio significativo de las mismas se requiera un mayor trabajo tanto en contenido como en tiempo.

TABLA 13
ANÁLISIS DE VARIANZA

CREENCIAS NEGATIVAS X CONDICIÓN

MEDIAS PRE

VARIABLES	TOTAL MUESTRA (N=64)	GRUPO CONTROL (N=32)	GRUPO COND.1 (N=32)	GRUPO COND.2 (N=32)	F	SIG. F
Cosas Molestas	3.76	3.46	3.65	4.15	7.606	.004
Tropezar, Caerse	4.05	4.03	3.75	4.37	4.523	.013
Tener Pelea	3.89	3.78	3.71	4.18	2.970	.056

MEDIAS POST

VARIABLES	TOTAL MUESTRA	GRUPO CONTROL	GRUPO COND.1	GRUPO COND.2	F	SIG. F
Cosas Molestas	4.19	3.62	4.81	4.15	24.723	.000
Tropezar, Caerse	4.35	3.96	4.78	4 31	9.281	.000
Tener Pelea	4.30	3.87	4.87	4.15	2.723	.000

Los resultados muestran que si bien en la primera evaluación de las creencias negativas con respecto al alcohol fue de alto acuerdo en los tres grupos, hubo diferencias significativas entre los mismos. Se puede observar también que después de la intervención tanto en el grupo control como en grupo condición 1 se incrementó el nivel de acuerdo en respecto a las creencias negativas, pero el efecto fue significativamente mayor en el grupo condición 1. También se observa que en el grupo condición 2 las medias se mantuvieron iguales. Asimismo vemos como en general la probabilidad disminuyó en relación al pretest.

TABLA 14
ANÁLISIS DE VARIANZA

ACTITUDES X CONDICIÓN

MEDIAS PRE

VARIABLES	TOTAL MUESTRA (N 96)	GRUPO CONTROL (N=32)	GRUPO COND.1 (N=32)	GRUPO COND.2 (N=32)	F	SIG. F
Bueno-Malo	3.13	2.96	2.93	3.50	6.470	.012
Agrad-Desagra	3.03	2.90	2.91	3.28	1.790	.172
Diver-Aburrido	2.84	2.65	2.81	3.06	1.955	.147
Act-Pasividad	2.92	2.75	2.91	3.12	1.258	.290

MEDIAS POST

VARIABLES	TOTAL MUESTRA	GRUPO CONTROL	GRUPO COND.1	GRUPO COND.2	F	SIG. F
Bueno-Malo	3.40	2.81	3.93	3 46	14.24	.000
Agrad-Desagra.	3.30	2.75	3.90	3.25	12.71	.000
Diver-Aburrido	3.18	2.59	3.87	3.09	20.03	.000
Act-Pasividad	3.28	2.81	3.84	3.18	9.89	.000

Respecto al diferencial semántico se encontró que antes de la intervención, las actitudes hacia el alcohol eran moderadas en los grupos y no presentaban diferencias significativas entre ellos, salvo en la primera variable. Estas actitudes presentaron un cambio significativo después de la intervención, observándose que aún y que en el grupo control hubo un cambio a tener una actitud más negativa hacia el alcohol, en el grupo experimental condición 1 mostró un cambio mayor, llegando a ser significativamente diferentes. Respecto al grupo condición 2 se mantuvieron relativamente estables estas actitudes.

TABLA 15

ANÁLISIS DE VARIANZA

PERCEPCIÓN DE RIESGO X CONDICIÓN

	MEDIAS PRE					
VARIABLE	TOTAL MUESTRA (N 64)	GRUPO CONTROL (N-32)	GRUPO COND.1 (N=32)	GRUPO COND.2 (N=32)	F	SIG. F
Riesgo	1.84	1.93	1.65	1.96	1.129	.327

	MEDIAS POST					
VARIABLE	TOTAL MUESTRA	GRUPO CONTROL	GRUPO COND.1	GRUPO COND.2	F	SIG. F
Riesgo	2.39	1.94	3.28	1.97	19.60	.000

Con respecto a la percepción de riesgo de caer en el consumo del alcohol, se encontró que antes de la intervención los grupos manifiestan poco riesgo, no habiendo diferencias significativas entre ellos ($F=1.12$, $P\geq.32$). Pero, después de la intervención, se encontró que había diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($F=19.60$, $P\geq.00$). Aquí también se encontró que hubo un incremento en los grupos control y condición 1 con respecto en cuanto a verse más en riesgo de desarrollar el hábito ingerir alcohol, aunque el grupo condición 1 manifestó un aumento más considerable de hacerse consciente del riesgo en que se encontraban para desarrollar el hábito de tomar alcohol. Respecto al grupo condición 2 la percepción de riesgo se mantuvo estable.

8.3 CONCLUSIONES

Encontramos en el estudio correlacional que casi el 50% de la muestra dijo consumir alcohol, más los hombres que las mujeres, asimismo que la edad media de inicio al consumo fue 14 años, así como también de que existen diversas estructuras discursivas o Representaciones Sociales del alcohol entre los jóvenes. Además, que los jóvenes simpatizantes y consumidores de alcohol tienen una Representación positiva del mismo, asociada sobre todo a efectos positivos y vinculada a la participación social. Estos resultados confirman que las representaciones sociales están ancladas en la presencia o ausencia de la práctica de consumir alcohol, lo que nos habla de la estabilidad de las representaciones dentro de los grupos. Lo cual nos muestra que no podemos partir de supuestos a priori sobre la generalidad y universalidad de determinados objetos de estudio sin tener pruebas empíricas tal y como acontece en la psicología social cognitiva y en general en los modelos de toma de decisión racional. Además nos muestra la importancia e influencia de los elementos histórico-culturales en las construcciones cognitivas, lo que permite afirmar que tanto la actividad cognitiva como las representaciones sociales son una "racionalización y justificación" de las prácticas sociales (Echebarría y Alvarez, 1996).

En lo que respecta a la intervención, llevada a cabo por el investigador en la condición 1 del estudio experimental, se consiguieron resultados positivos en cuanto a que los jóvenes fueran conscientes de los efectos negativos del alcohol. Como se recordará la intervención estuvo basada en permitir a los jóvenes, en pequeños grupos, exponer sus propios puntos de vista y experiencias respecto al tema, intentando que se expresaran tanto

las experiencias positivas como las negativas, lo que favoreció que se mostrara una visión más realista del consumo de alcohol. Pensamos que las variables que más influyeron en el trabajo del investigador para obtener más efectos de cambio positivo de las creencias de los jóvenes fueron: que el diseño de intervención estuvo basado en datos reales extraídos de los grupos sociales a los cuales pertenecen los participantes a través de una investigación previa; que la situación experimental permitió a los jóvenes relatar sus propios puntos de vista y experiencias, sus propias normas, actitudes y creencias grupales con respecto al alcohol y debatir ante otros que pensaban de forma diferente; así como el hecho de que el investigador no intentara imponer su propio punto de vista, ni asumir una actitud moral condenando el hábito de consumir alcohol, ni tampoco pretender saberlo todo con respecto al tema. Al contrario, la actitud del investigador fue la de intentar ser un elemento neutral dentro del grupo, que pedía explicaciones cuando un idea no quedaba clara y que mostraba interés en todo lo expresado por los participantes, sin juzgar a ninguno de ellos. Así, ante un tema relevante dentro de la juventud, la situación experimental partió del hecho de que los que deben de debatir respecto al tema son los propios jóvenes, la situación de debate democrático permite a los jóvenes expresar sus propios puntos de vista, sin el temor del adulto que los juzga, siendo éste un hecho cotidiano en sus vidas, que por decirlo de forma suave, aborrecen.

En sí, no es que el trabajo del investigador haya sido mejor que el del maestro o el trabajo de los propios jóvenes, lo que marca la diferencia, desde nuestro punto de vista, es la situación experimental diseñada y la orientación que se le dió a los conocimientos

previos extraídos en el estudio correlacional, lo que permitió una retroalimentación objetiva para el diseño de la intervención. El modelo de trabajo puesto a prueba permitió a los jóvenes expresar sus propios puntos de vista y debatir respetuosamente respecto a ellos con otros, sus pares, que pensaban de forma distinta: a diferencia del trabajo cotidiano masivo en el aula donde se vierten una serie de contenidos sociales, la mayoría de carácter moral, del deber ser, que no dejan lugar al relato de experiencias, algunas de ellas "vergonzosas", que es difícil que el joven exprese ante 25 o más personas. Este tipo de trabajo utilizado actualmente, acota toda la dinámica en cuanto al tema a lo vertido por el profesor, quien a su vez está condicionado por los contenidos de los programas, los cuales muchas veces están desfasados en cuanto a las necesidades educativas, y que además se imponen a nivel general a todas las preparatorias de una misma institución. Por ejemplo, al tema del consumo de alcohol se le dedican 20 minutos en los dos años que duran los estudios de preparatoria, ¿en ese tiempo podemos cambiar actitudes, valores, creencias y conductas acerca de cualquier cosa?. En cuanto a la condición de trabajo de los propios jóvenes creemos que quizás los resultados muestran algo evidente para nosotros, el que los jóvenes de esa edad aún no llegan a desarrollar la habilidad del debate de las ideas (que aún en la madurez es difícil conseguir) y quizás sea pertinente trabajar con ellos ese punto.

Respecto al resultado de la no modificación de las creencias positivas del consumo de alcohol, probablemente se deba a que durante la intervención no se estimuló a debatir específicamente este tipo de creencias, concentrándonos en provocar el debate de las creencias negativas, al detectar que éstas estaban minimizadas en el discurso de los jóvenes.

He ahí la importancia del trabajo previo de diagnóstico de las representaciones, éste nos permite situarnos en el mundo de las ideas que tienen los jóvenes con respecto al alcohol, explorar cuáles son sus tendencias y construir estrategias que les permitan ver todas las caras del objeto, no solo las que les muestran los anuncios comerciales que invaden los medios de comunicación. En este sentido, el haber detectado que las creencias positivas se asocian y guían el comportamiento hacia el consumo, nos hizo ver que quizás el provocar la expresión de ideas y experiencias negativas provocadas por el consumo de alcohol, pudiera hacer replantearse a los jóvenes sus representaciones del alcohol y con ello sus actitudes, creencias y percepciones de riesgo.

De forma sintética podemos argumentar que:

1.- La práctica del consumo de alcohol estabiliza las representaciones sociales sobre el alcohol.

2.- El tratar de prevenir educativamente problemas como el consumo de alcohol en los jóvenes, se torna necesario un estudio previo de diagnóstico alcohol de las representaciones del mismo para que el maestro conozca el mundo de las ideas, la propia cultura de los jóvenes al respecto, esto es, sus creencias, actitudes, normas, valores, explicaciones, emociones y conductas.

3.- El conocimiento de las representaciones debe servir como retroalimentación para el diseño de estrategias de intervención encaminadas no a imponer puntos de vista, sino a que los jóvenes vean todas las caras del objeto y esto les permita hacerse una idea más realista del mismo.

4.- El trabajo cotidiano en el aula debe permitir un mayor espacio de tiempo y contenido para el debate más a fondo de las ideas respecto a este tema, así como de todos aquellos temas que sean relevantes en la comunidad y que afecten directamente a los jóvenes.

5.- Estos temas se deben trabajar en pequeños grupos conformados por jóvenes de ambos sexos y con ideas diferentes al respecto (una de las posibles dificultades que pudieran presentarse para llevar a cabo este tipo de estrategias es la de cómo conformar grupos con las características de los grupos experimentales, una solución que se nos ocurre es el que los grupos no necesariamente deban formarse con alumnos de una misma aula, sino que se pueden integrar de diferentes aulas).

6.- El trabajo del maestro no debe estar orientado a imponer sus propios puntos de vista, sino que debe intentar que se debatan todos los aspectos del alcohol, no a través de señalarlos él, sino de estimular su debate.

Queda en el aire la pregunta referente a si este tipo de intervención puede provocar cambios sostenidos en las actitudes, creencias y conductas de los jóvenes. Creemos que con los datos encontrados en este trabajo es imposible tener una respuesta al respecto, pero somos optimistas y pensamos que lo encontrado puede dar pie a que tengamos una idea más clara del mundo de los jóvenes, de la gravedad de algunos de sus problemas, y que esto nos lleve a modificar los contenidos curriculares de las materias encargadas de la educación para la salud, prestando más atención a estos problemas.

El estudio de divergencias ideológicas en situaciones experimentales (Doise, Deschamps y Mugny, 1980), en este caso, permitirle a los jóvenes expresar sus propios puntos de vista, pueden incorporarse en la práctica educativa, lo que permitirá dar un cariz diferente al trabajo en clase respecto a estos temas , ello provocará que no solo el punto de vista del maestro sea considerado como importante, sino el de cualquier joven. En sí, todos estos cambios pueden provocar que el trabajo con los jóvenes respecto a estos temas o problemáticas sociales, no sea solo un punto más del contenido de las materias, sino que forme parte de una estrategia a largo plazo para reducir hábitos inadecuados y provocar una educación para la salud de acorde a nuestras enormes necesidades que existen al respecto, tanto regionales como nacionales.

Para finalizar insistiremos en que las Representaciones Sociales (explicaciones de sentido común que utilizan las personas) están determinadas por los contextos sociales y grupales, y que estas representaciones se transforman en la medida que se transforman los contextos, mostrando con ello que son en gran medida dinámicas y cambiantes, esto es, que las Representaciones Sociales son a la vez un proceso constituido y constituyente. Con ello queremos decir que las personas, en determinados momentos, pueden elaborar discursos y posiciones diferentes inclusive contradictorias de un objeto social, con respecto a los discursos y posiciones que tenían en otros momentos respecto al mismo objeto (Páez, 1987, 1991; Jodelet, 1989,1991; Moscovici, 1988,1993; Echebarría y Alvarez, 1996), de ahí que es necesario localizar las Representaciones Sociales que se tienen ante determinado objeto social y dentro de ellas los enlaces representacionales esenciales que da forma a las mismas,

esto es, los elementos mínimos a través de los cuales se constituye una representación así como también los escenarios prototipicos donde se anclan las mismas.

Lo mostrado en este trabajo nos permite argumentar que todo aquel interesado en la investigación e intervención educativa debe poseer un conocimiento fresco, nuevo respecto a las formas de pensar de aquellos en los que quiere intervenir. Sobre todo cuando se ha encontrado que no es lo mismo decir (actitudes) que hacer (conductas), cuando existen condicionantes sociales como por ejemplo los esterotipos de género en los hábitos de ejercicio y alimentación, las creencias sociales acerca de las propiedades de ciertas sustancias, y en general en amplios ámbitos de lo social, y sobre todo cuando las creencias, atribuciones, actitudes, conductas, etc. cambian constantemente.

Es necesario hacer notar que las contradicciones cognitivas, conductuales y sociales son una parte importante de las dinámicas tanto individuales como sociales, son ellas y su contraparte la congruencia, quienes caracterizan los hábitos. El sentido común, constituyente y constituido, se demarca como una racionalización social justificadora de los actos, los hábitos, en los diversos grupos sociales. Pero las contradicciones difieren en función de los grupos, lo que para unos es congruente para otros es contradictorio. Los jóvenes son grupo social que construye y delimita sus propias esferas de sentido común y demarca los actos que se unen a ellas. Pero tanto los jóvenes como cualquier otro grupo social cambia constantemente de acuerdo a las circunstancias. No es lo mismo los jóvenes de la posrevolución que los jóvenes de la depresión o los jóvenes de la globalización.

Lo cual nos indica que lo que encontramos en este trabajo es lo que caracteriza a los jóvenes en relación a los hábitos de salud a finales del siglo XX y principios del siglo XXI.

Ya para finalizar hay que recordar que la investigación basada en un teoría sólida, en la medida que se fortalece en su puesta a prueba, es el mejor argumento para elaborar y aplicar intervenciones educativas efectivas y congruentes con las necesidades de la sociedad. En nuestro caso al emplear y poner a prueba la teoría de la Representaciones hemos querido mostrar la pertinencia de la misma en el abordaje de este fenómeno social que son los jóvenes y sus hábitos de salud y en sus bondades para la elaboración de procesos de intervención educativa.

BIBLIOGRAFÍA

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and Predicting Social Behavior.* Pretince-Hall, New Jersey.

Allport, F. H. (1924): *Social Psychology.* Houghton Boston. Mifflin.

Aldrovani, M. Beauvois, J.L. & Guingouain, G. (1987). Commentaires: Théories implicites de la personnalité, travail cognitif et ideologie. *En Beauvois J L : Perspectives cognitives et conduites sociales.* Bern, Delval.

Arrue, L. W & Kalinsky, B. (1988). El alcohol, la cultura y la región. Una visión local de las pautas actuales de consumo. *Revista Española de Drogodependencias.* 13, (2), 119-130.

Bandura, A. & Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.* Madrid. Alianza.

Basabe, N. & Páez, D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol.* Madrid: Fundamentos.

Bauer, K.G. (1980). *Improving the chances for health Lifestayle change and health education.* San Francisco: National Center form Health Education.

Beauvois, J.L. (1987). A propos de L'opposition Interne/Externe dans L'explication naive. *En Beauvois J.L.: Perspectives cognitives et conduites sociales.* Bern, DelVal.

Becker, M. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monograph* 2.

Becker, M. H. (1984): *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Thorofare. N. J.: Ch. B. Slack.

Bell, D. (1990). Las contradicciones culturales del capitalismo. México, D.F. *Patria.*

Berkanovic, E. (1976). Behavioral Science and Prevention. *Preventive Medicine, vol. 5, pp. 92-105.*

Berlinger, G. (1981). Lifestyle and Health. Alternative patterns. *International Journal of Health Services, vol. 11. pp 53-61.*

Bogardus, E. S. (1931): *Fundamentals of Social Psychology.* Nueva York. Century Press.

Bond, G. G., Aiken, L. S. & Somerville, S. C. (1992). The Health Belief Model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 11 (3), 190-198.

Brown, S., Goldman, M., Inn, A. & Anderson, L. (1980). Expectations of Reinforcement from Alcohol: their domain and relation to drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 419-426.

Brown, S. (1985).Expectancies versus background in the prediction of college drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 1, 123-130.

Budd, R. J., & Spencer, C. P. (1984). Predicting undergraduates' intentions to drink. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 179-183.

Bushman, B. J. & Cooper, H. M. (1990). Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological Bulletin*, 103, 3, 341-354.

Cahalan, D., Cisin, I. H., & Crossley, H. M. (1969). American drinking practices: A national study of drinking behavior and attitudes. *Rutgers Center for Alcohol Studies Monograph* (No. 6).

Cárdenas, C. & Moreno-Jimenez, B. (1990). La búsqueda de sensaciones y la ingesta de alcohol en la adolescencia. *Revista de Psicologia General Aplicada*, 42, 3, 343-349.

CEPAL (1991). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. Edición de 1990. Santiago: CEPAL, 1991.

Chasssin, L., Presson, C.C. & Sherman, J.L. (1987). Aplicattions of social developmental psychology to adolescent health behaviors. En N. Eisenberg (editor), *Contemporary topics in developmental psychology* Nueva York: Wiley. (pp. 353-374).

Christiansen, B. & Goldman, M. (1983). Alcohol related expectancies versus demographic/background variables on the prediction of adolescent drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 2, 249-257.

Coleman, J.C. (1964). Abnormal Psychology and Modern Life. Scoot, Foresman. Chicago.

Connors, J. & Heaven, P. (1995). Health beliefs and attitudes toward people living with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 10, 922-931.

Coreil, J.; Levin, J.S. & Jaco, E.G. (1992). Estilo de vidsa. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Revista Clínica y Saludd.* Vol. 3, pp. 221-231.

Costa, M. & López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Madrid: Martínez Roca.

Crawford, A. (1987). Attitudes about alcohol: A general review. *Drug Alcohol Dependence*, 19, 279-311.

Crowe, L. & George, W. H.(1989). Alcohol and human sexuality: Review and integration. *Psychological Bulletin*, 105, 3, 374-386.

Deconchy, J.P. (1987). Conduites sociales, comparaison sociale et Représentation du patrimoine comportemental commun á l'homme et á l'animal. En Beauvois J.L.: *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Bern, DelVal.

De la Cruz, M. A.; De la Cruz, M. (1992). Estudio de la incidencia del alcohol en los jóvenes admitidos en puertas de urgencia de un hospital de la Comunidad Valenciana y su relación con los accidentes de tráfico. *Revista Española de Drogodependencia*, 17, 2, 93-108.

DiGiacomo, J. P. (1981). Intergroup alliances and rejections within a protest mouvement analysis of the social representations. *European Journal of Social Psychology*, 10, 329-344.

Doise, W., Deschamps, J.C. & Mugny, G. (1980). *Psicología Social Experimental*. Barcelona: Hispano Europea.

Echebarría, A. & Alvarez, J. (1996). Las Representaciones Sociales de la democracia y el sistema electoral: Estudio comparativo entre México y el País Vasco. *Revista de Psicología Social*. (11) 1, 47-69.

Echebarría, A.;Fernández, E.; San Juan, C. & Valencia, J. (1992). Social Representations of Drugs, Causal Jundgment and Social Perception. *European Journal of Social Psychology*, vol. 22, 339-335.

Eiser, J. R. (1989): *Psicología Social. actitudes, cognición y conducta social*. Madrid. Pirámide.

Elzo, J., Elorza, M. A.; Laespada, M. T. (1994). *Alcoholismo juvenil*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Farr, R. (1991). The long past and the short history of social psychology *European Journal of Social Psychology*. 21, 371-380.

Festinger, L. (1957): *A Theory of Cognitive Dissonance*. Standford University Press, Standford, California.

Festinger, L. (1964): *Conflict, Decision and Dissonance*. Standford University Press, Standford, California.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980): *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, Mass. Addison-Wesley.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey. Prentince-Hall.

Flament, C. (1987). Pratiques et Représentations Sociales. *En Beauvois, J.L.: Perspectives cognitives et conduites sociales*. Bern, DelVal.

Gibbbons, F. X.; Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 69. No. 3. 505-517.

Gil, J. & Ayllon, T. (1991). Medicina conductual, presente y futuro de una realidad. En Jesús Gil y Teodoro Ayllon (ed), *Medicina conductual*. España.Universidad de Granada.

Graumann, C.F. (1990). Introducción a la historia de la psicología social. M. Hewstone, W. Stroebe, J.P. Codol y G.M. Stephenson. *Introducción a la psicología social.* Barcelona. Ariel.

Halpin, C. & Fitzgerald, M. (1992). Screening for abnormal eating attitudes in male Dublin adolescents. *Irish Journal of Psychiatry*, Vol. 13 (2) pag. 3-5.

Hayes, D. & Ross, C. E. (1987). Concern with appearance, health beliefs, and eating habits. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 28 (June): 120-130.

Hendry L., Shucksmith J. Love J. & Glendinning A. (1993) *Young people's leisure and lifestyles*. London: Routledge.

Ibáñez, E. (1990). *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Valencia. Promolibro.

Ibañez, T. (1990). *Aproximaciones a la psicología social*. Barcelona. Sendai.

INEGI (1993). *Los jóvenes en México.* INEGI, México

Ingelhart, R. Basañez, M. Nevitte N. (1994). *Convergencia en Norteamérica. Comercio, política y Cultura.* España. Editorial Siglo XXI.

Jaspars, J. (1986). Forum and focus: a personal view of European social psychology. *European Journal of Social Psychology*, 16, 3-15.

Jodelet, D. (1987). Commentaires: Representations et Ideólogie. *En Beauvois J.L.: Perspectives Cognitives et Conduites Sociales*. Bern, DelVal.

Jodelet, D. (1989*). Folies et Représentations Sociales*. Paris: PUF.

Jodelet, D. (1991). Representaciones sociales: un área en expansión. En Darío Páez (Ed.) *Sida: Imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.

Kirschenbaum, D.S. & Tomarkin, A.J. (1983). On facing the generalization problem: The study on self-regulatory failure. In P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and theory* (Vol. I). New York. Academic Press.

Kelly, R.B., Zyzansky, S.J. & Alemagno, S. A. (1991). Prediction of motivacion and behavior change following health promotion: Role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, Vol. 32, N° 3, 311-320.

Lau, R. (1988). Beliefs about control and health behaviors. In D. Gochman (editor), Health behavior: *Emerging research perspectives*. New York: Plenum

Le-Grand, D., Tibbs, J. & Selibowitz, J. (1995). Eating attitudes, body shap, and self-disclosure in a community sample of adolescent girls and boys. *Journal of treatament and prevention of Eating Disorders*, Vol. 3 (3). 253-264.

Leigh, B. C. & Stacy, A. W. (1991). On the scope of alcohol expectancy research: remaining issues of measurement and meaning. *Psychological Bulletin*, 110, 1, 147-154.

Leñero, L. (1990). Jóvenes de hoy. México. Mexfam.

Leventhal, H. & Cleary, P. (1979). Behavioral modifications of risk factors: Technology or science? In M.L. Pollock & D. H. Schdmit (Eds.), *Hearth disease and rehabilitation: state of de art*. Boston: Houghton-Mifflin.

Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). *Common Sense Representation of Illnes Danger*. En Stanley Rachman (Ed.). *Contributions to medical Psychology V*. London: Pergamon Press.

Leventhal, H., Prohaska, T. R. & Hirschman, R. S. (1985). Preventive Health Behavior Across the Life Span. In J. C. Rosen & I. J. Solomon (Eds.), *Prevention in Health Psychology*. Vol. 8, pp. 191-235. Hanover, NH: University Press of New England.

Leventhal, H. & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.

Leventhal, H. & Diefenbach, M. (1991). Active side of illness cognition. In J. A. Skeleton & R. T. Croyle (Ed.). Mental Representation in health and illnes. New York: Springer-Verlag.

Lipovetsky, G. (1994). *El crepúsculo del deber*. Barcelona. Anagrama.

Likert, R. A. (1932): A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22, N° 140.

Marín, J.R. (1992). Estilos de Vida y Salud. *Revista Clínica y Salud, Vol. 3, pp. 233-237.*

Mechanic, D. (1990). Promoting health. *Society*, 27, 16-22.

Mechanic, D. (1995). Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine. *Social Science and Medicine*. Vol. 40, N°. 11, pp. 1491-1496.

Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science and Medicine*. Vol. 41, N°. 9. pp. 1207-1216.

Morales, J.F., Rebolloso, E. & Moya, M. (1994). Actitudes. En José F. Morales Madrid MacGrew-Hill.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. 2a ed. 1976. Paris. PUF.

Moscovici, S. (1961). La psychanalyse, son image et son public. Paris. PUF.

Moscovici, S. (1976). *La Psychanalyse, son Image et son Public*. Paris. P.U.F.

Moscovici, S. (1988). Notes toward a desciption of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, Vol. 18, 211-250.

Moscovici, S. (1993). Razón y culturas. En Serge Moscovici y Silverio Barriga, *Ante la nueva Europa*. Sevilla: Eudema

Moscovici, S. (1992): Discurso de Investidura del grado de Doctor Honoris Causa. Universidad de Sevilla.

OMS (1978). *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. "Salud para todos" núm. 1.

OMS (1980). *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Informes técnicos núm. 650

Osgood, C. E. & Tannenbaum, P. H. (1955): The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychological Review*, N° 65, 42-55.

Páez, D.; Villareal, M.; Echebarria, A. & Valencia, J. (1987). Cognición Social: Esquema y función cognitiva aplicada al mundo social. En Darío Páez y cols. *Pensamiento, Individuo y Sociedad*. Ed. Fundamentos. Madrid.

Páez, D. & SanJuan, C. (1991). *Sida: Imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.

Paez, D.; Vergara, A.; Alvarez, J.; Asún, D. y Gissi, J. (1992): Cultura y emoción en Europa y América Latina. En D. Paez y A. Blanco (Eds.), *Psicología Social Latinoamericana. Anthropos Suplementos*, N° 44, 44-53.

Páez, D., Ubillos, S. & León, M. (1996). Evaluación del cambio de actitudes y conductas ante el sida. En Nekane Basabe y Darío Páez (Eds.), *El desafío social del sida*. Madrid: Fundamentos.

Patten, J. A. (1994) Dietary patterns of Hispanic and White college freshmen. *College Student Journal*, Vol. 28 (1). 39-45.

Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, M.J. y Pérez, O. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría*, Sep-Oct. Vol. 18 (5). 210-220.

Rickert, V.I., Jay, M. S. & Gottlieb, A. A. (1990). Bienestar del adolescente: obtención de la colaboración para resolver padecimientos sociales. En James A. Farrow, Clínicas médicas de Norteamérica: medicina de la adolescencia. Interamericana, México.

Rodrígues, J. (1992) Estilos de Vida y Salud. *Revista Clínica y Salud* vol. 3, 233-237.

Rohsenow, D. J. (1983). Drinking habits and expectancies about alcohol's effects for self versus others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 5, 752-756.

Rokeach, M. (1968): *Beliefs, Attitudes and Values*. San Francisco. Jossey-Brown,

Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México. Siglo XXI.

San Martín, H. (1982). *La crisis mundial de la Salud*. Madrid. Karpós.

San Martín, H. (1983). *Salud y enfermedad*. México D. F,La prensa médica mexicana.

S.E.S.P.A.S. (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) (19939. Informe S.E.S.P.A.S. 1993. *La Salud y el Sistema Sanitario en España*.Barcelona SG.

Stainton-Rogers, W. (1991). *Explaining Health and Illnes· An exploration of diversity*. Londres. Harvester Wheatsheaf.

Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995): *Social Psychology and Health*. Londres. Open University Press.

Thomas, W. I. & Znaniecki, F. (1927): *The polish peasant in Europe & America*. Knapp, Nueva York.

Thurstone, D. L. (1928): Attitude can be measured. *American Journal of Sociology*, N° 33.

Trafimow, D. (1996). The importance of Attitudes in the Predictions of College Students' Intentions to Drink. *Journal of Applied Social Psychology*, **26**, 24, pp. 2167-2188.

Triandis, H. C. (1971): *Attitudes, and attitudes change*. Nueva York. Wiley.

Vala, J. (1984). Representation sociale de la violencia. Tesis Doctoral, Universite de Louvione.

Vigotski, L. (1991). *Obras Escogidas*.Barcelona. Paidós

Vygotski, L. (1991). *Obras completas Tomo I*. Barcelona. Padós.

Westermeyer, J. (1987). Modalidades culturales del consumo de drogas y bebidas alcohólicas: Análisis del receptor y el agente en el contexto social. *Boletín de Estupefacientes*, Vol. XXXIV, 2, 11-28.

World Health Organization (1992). *World Health Statistics Annual 1991*. Geneva: WHO.