



**Universidad Autónoma de Nayarit**  
**Área Académica de Ciencias de la Salud**  
**Coordinación de la Maestría en Salud Pública**

**Dominios culturales hacia el constructo bebida alcohólica en adolescentes escolares de la ciudad de Tepic, Nayarit, una aproximación a los saberes populares.**

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAestrÍA EN SALUD PÚBLICA**

**AREA SALUD COMUNITARIA**

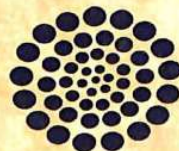
**MODALIDAD: TESIS**

**ASPIRANTE: DIEGO ARMANDO GUZMÁN LÓPEZ**

**Director de TRT: DR. MA. Roció Figueroa Varela**

**Co-Director: DR. Rogelio Fernandez Arguelles**

**Trabajo realizado con apoyo de una beca nacional de CONACYT**



**CONACYT**

**OCTUBRE 2019**



**Universidad Autónoma de Nayarit**  
**Área Académica de Ciencias de la Salud**  
**Coordinación de la Maestría en Salud Pública**

**Dominios culturales hacia el constructo bebida alcohólica en adolescentes escolares de la ciudad de Tepic, Nayarit, una aproximación a los saberes populares.**

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN  
SALUD PÚBLICA**

**AREA SALUD COMUNITARIA**

**MODALIDAD: TESIS**

**ASPIRANTE: DIEGO ARMANDO GUZMÁN LÓPEZ**

**Director de TRT: DR. MA. Roció Figueroa Varela**

**Co-Director: DR. Rogelio Fernandez Arguelles**

**Trabajo realizado con apoyo de una beca nacional de CONACYT**



**OCTUBRE 2019**

## **Dedicatorias**

### **A mi hermano Aldo**

Te admiro y me inspiras; hasta el cielo con amor

### **A mi padre Alfonso**

Por qué te extraño y te amo y siempre estaré orgulloso de ti

### **A mi madre y mis hermanos**

Por su apoyo constante e incondicional a todo lo que hago siempre, mi madre Esther, mis hermanos Patricia y Alan.

### **A mi bella sobrina**

Valeria te amo, me has permitido tener una nueva razón para ser feliz

### **A mi equipo de futbol**

A todas y cada una de ustedes, a las que están, a las que estuvieron y las que vendrán de corazón mis macacos.

# ÍNDICE

## Contenido

|   |           |
|---|-----------|
| Resumen.....  | 4         |
| <b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1.1 La salud y sus consideraciones socioculturales .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1.2 Construcciones sociales y mediación social: ¿cómo impactan en el funcionamiento de un colectivo en sus prácticas en salud?.....</b>              | <b>6</b>  |
| <b>1.2.1 Los estilos de vida y sus determinantes socioculturales .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1.3 Interaccionismo simbólico y propuestas explicativas de los estilos de vida .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>1.3.1 La configuración de contexto simbólico y las representaciones colectivas en los estilos de vida .....</b>                                      | <b>10</b> |
| <b>1.3.2 El Habitus como elemento incorporado de lo colectivo en lo individual .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1.4 Acercamiento a las enfermedades no transmisibles desde la teoría social .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>1.4.1 El concepto de dominio cultural enfocado a la salud .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>1.5 Promoción de la salud: implicaciones y condicionantes .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>1.5.1 Características epistemológicas de la promoción de la salud basada teorías sociales.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>1.6 Modelo de promoción de la salud de Pender .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>1.7 La emergencia del construccionismo social en el acercamiento a la salud y la cultura .....</b>   | <b>22</b> |
| <b>1.7.1 La perspectiva del construccionismo social.....</b>  | <b>23</b> |
| <b>1.8 Aportes del construccionismo social a la salud pública .....</b>   | <b>25</b> |
| <b>1.8.1 Fases y/o momentos del construccionismo social .....</b>   | <b>28</b> |
| <b>1.9 Referentes de Investigación asociados al fenómeno salud-enfermedad desde enfoques de teoría social .....</b>                                     | <b>29</b> |
| <b>CAPÍTULO II. ANTECEDENTES .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>2.1 Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>2.2 Aspectos de las funciones esenciales de la salud pública en torno a la investigación de factores culturales hacia el consumo de alcohol.....</b> | <b>38</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.3 Marco normativo de la investigación de consumo de alcohol y factores culturales .....                                 | 42        |
| <b>CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>   | <b>45</b> |
| 3.1 Aspectos epidemiológicos del consumo de alcohol en adolescentes: ámbito Internacional, Nacional y Estatal.....        | 45        |
| <b>CAPÍTULO IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....</b>   | <b>50</b> |
| 4.1 Cuestionamiento guía de la investigación .....  | 50        |
| <b>CAPÍTULO V. JUSTIFICACIÓN .....</b>  | <b>50</b> |
| 5.1 Escenarios del consumo de alcohol en la adolescencia .....  | 50        |
| 5.2 Dimensiones del problema sanitarias y económicas.....   | 52        |
| 5.3 Problemáticas de la promoción de la salud ante enfermedades no transmisibles en la práctica cotidiana.....            | 56        |
| <b>CAPÍTULO VI. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>  | <b>57</b> |
| 6.1 Objetivo general de la investigación .....  | 57        |
| <b>CAPÍTULO VII. METODOLOGIA .....</b>  | <b>57</b> |
| 7.1 La antropología cognitiva como herramienta de aproximación a los dominios culturales hacia el consumo de alcohol..... | 57        |
| 7.1.1 Consideraciones éticas de la técnica de la antropología cognitiva   | 60        |
| 7.2 Tipo de estudio y diseño general.....   | 61        |
| 7.3 Técnicas para la recopilación de información.....   | 62        |
| 7.3.1 El free listing o listado libre .....   | 62        |
| 7.3.2 El pile sor o clasificación de pilas .....  | 62        |
| 7.4 Análisis de los datos.....  | 62        |
| 7.5 Población y muestra .....   | 62        |
| 7.5.1 Universo de la muestra .....  | 64        |
| <b>CAPÍTULO VIII. ANALISIS DE RESULTADOS .....</b>  | <b>65</b> |
| 8.1 Listado libres .....  | 65        |
| 8.2 Apilamiento por montones y jerarquización.....  | 75        |
| <b>CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN .....</b>   | <b>81</b> |
| <b>CAPÍTULO X. CONCLUSIONES .....</b>   | <b>84</b> |
| Sesgos .....  | 88        |
| Limitaciones .....  | 89        |

|   |    |
|---|----|
| <b>Referencias Bibliográficas</b> ..... | 90 |
| <b>Anexos</b> .....                     | 95 |

## **Resumen**

El estudio de los estilos de vida nocivos, particularmente los relacionados con enfermedades no transmisibles con fuerte influencia social, como es el caso del consumo de bebidas alcohólicas, implica el compromiso de considerar los determinantes sociales que interactúan en su configuración como práctica cotidiana. Ello sugiere la aproximación a la realidad desde aportaciones teóricas y epistemológicas de las teorías sociales. En este caso se propone el uso de la teoría del construccionismo social, la cual articula las dimensiones simbólicas y de representación colectiva a través de las cuales el sujeto se apropia de los saberes populares y trasciende el lenguaje científico para adoptar opciones en cuanto a sus estilos de vida que sean paralelas al funcionamiento de su comunidad.

Para ello y utilizando técnicas de recogida de información propias de los estudios de la escuela etnográfica sistemática de corte cualitativos se propone identificar los dominios culturales existentes en una muestra de la población adolescente que cursa la educación secundaria comprendida entre los 12 y los 15 años de la ciudad, con la finalidad de incorporar información de orden cultural en el abordaje futuro de acciones de promoción de la salud ante esta problemática de dimensiones avasallantes, a lo largo de la historia y con un crecimiento exponencial en poblaciones jóvenes que amenaza en convertirse en determinante de sus estilos de vida, con impactos negativos.

**Palabras clave:** dominios culturales, bebidas alcohólicas, construccionismo social, adolescentes, promoción de la salud, antropología cognitiva.

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 La salud y sus consideraciones socioculturales**

De forma histórica la salud ha sido concebida en sus prácticas, ideas y significados como parte de construcciones culturales que se objetivizan en los ritos, las creencias populares, las actitudes y los conocimientos que una comunidad específica tienen hacia lo que es “ser saludable”. Ciencia e historia son algunos de los responsables de interactuar para concebir estas construcciones, algunas particulares, otras hasta endémicas que pudieran traspasar la barrera de lo “normal” para las mayorías y sean “normalizadas” en espacios tanto geográficos como cognitivos muy particulares, aunque esto no sea un patrón exclusivo de minorías, recordando que una construcción social vivida en la práctica y que ha sido aceptada, reproducida, perpetuada y se legitima a través de la historia cobra un arraigamiento que se vuelve tácito poco criticado y es utilizado como marco de funcionamiento lógico para un individuo se incorpora a una comunidad. Estas construcciones que en la práctica se traducen en formas y estilos de vivir cotidianos pudieran ser como ya se mencionó, adoptadas por minorías y este carácter “minoritario” es probable que pudiese lograr que se tomen posturas reduccionistas hacia su trascendencia en términos de salud.

La magnitud pudiera considerarse hasta cierto punto irrelevante, y es que no se trata de cuantos seres humanos adoptan y mantienen determinada construcción hacia una práctica, si no de valorar desde una dimensión humana las opciones que la historia y la ciencia les han acercado y como ellos las viven. Estas prácticas normalizadas a través de las dimensiones en las que la comunidad vive, posiblemente impacten en su bienestar tanto cualitativamente como cuantitativamente. Entonces ¿Cuáles son los elementos que trascienden los saberes institucionales y que interactúan en la configuración de las prácticas comunitarias en salud?



## **1.2 Construcciones sociales y mediación social: ¿cómo impactan en el funcionamiento de un colectivo en sus prácticas en salud?**

Si aceptamos la idea de que todos conocemos de manera distinta ¿cómo es que llegamos a ideas o puntos de vista comunes?(1) Para autores como Luckman o Berger estos consensos de la realidad social ocurren a través de compartir nuestro conocimiento mediante varios procesos sociales que organizan esta realidad y permiten darle un estatus de objetiva(1).

Existen diversos instrumentos que permiten mediar el conocimiento, aunque sin duda al que se asigna una trascendencia avasallante es al lenguaje en todas sus formas. La producción de signos, símbolos y códigos por parte del ser humano expresados en lenguaje se obtienen y abstraen de la vida cotidiana y tienen el poder de retroalimentarse y a través de una especie de “dialéctica” entre sujeto y contexto volver a lo cotidiano con el atributo de ser un elemento objetivo real(1)

El lenguaje usado es capaz de crear mundos(2) la actividad del ser humano tiende a hacerse habitual y se va significando como realidad objetiva mediante la operación de mecanismos de institucionalización y legitimación y se asocian de forma paralela a conductas esperadas(1), en virtud de “tradiciones” y “convencionalismo” que van definiendo roles organizados en un todo. Este todo pudiera ser entendido como una comunidad.

Las comunidades, establecen su funcionamiento “ordenado” mediante la generación de un lenguaje común que permita hacer construcciones de la realidad y marquen la pauta de lo que es “objetivo” y pertinente para su manutención y bienestar general, algo convencional, practico que disminuya los conflictos y que permita la interacción ordenada garantizando un “bienestar común”.

Las conductas y prácticas entorno a lo que es la salud, se forman sobre este mecanismo de mediación y construcción social intervenidos por el lenguaje, pero con un debate particular entre el lenguaje científico y el lenguaje popular. El primero puede situarse dentro de los saberes institucionales, enmarcado en la práctica de los profesionales de la salud que adoptan un rol protagónico, pero no definitivo y en

algunas particularidades geográficas es insuficiente o nula su influencia sobre la construcción de salud. Su lenguaje es muy vertical y se basa en constituir su lenguaje en conocimientos y saberes bajo una estricta regulación metodológica que en muchas ocasiones no encaja con lo popular.

El lenguaje popular o lenguaje común es una forma de idioma que goza de validez y entendimiento por parte de todas las personas que habitan una zona geográfica en común y entendible entre todos los pertenecientes a ese grupo lingüístico usándose con el fin de mediar sus pensamientos(3) accesible para toda la comunidad y está delimitada por las restricciones del medio ambiente, la educación, la cultura general y las experiencias vitales de las personas que conforman la comunidad.

¿Es este tipo de lenguaje el que más aportaciones e influencias dentro de las conductas en la esfera de lo comunitario tiene hacia como se vive la salud? Pudiese cuestionarse cualquier postura e inclusive considerar sus aspectos reduccionistas. Aunque parece innegable rechazar la idea de considerar que las conductas en salud que de forma agrupada y sistemática toman el nombre de estilos de vida son decididas en base a estas construcciones sociales para cada espacio geográfico y cultural determinando. Sobre todo, pensando en que un estilo de vida puede ser determinado contextualmente.

### **1.2.1 Los estilos de vida y sus determinantes socioculturales**

Esta aseveración sobre los estilos de vida tiene un seguimiento histórico desde Karl Marx quien aseguraba que estos eran determinados por las condiciones económicas, el sistema de producción y la posición laboral de un individuo entorno a un grupo social(4), Veblen abundó en esta concepción definiendo que las motivaciones individuales determinaban también el estatus de individuo.

Desde estas posturas fue posible que Webber desarrollara una postura integradora mencionando que ambos aspectos (estructurales e intrínsecos) son indicadores de las diferencias entre los grupos sociales determinando sus aspectos positivos y negativos; es decir, los comportamientos de las personas están relacionados a

conductas racionales en dos dominios, una racionalidad formal y una sustantiva. La primera haciendo referencia a la capacidad de autonomía intrínseca que le da al individuo una capacidad de elección que le da carácter "el poder de tomar decisiones al ser humano" (4) esta racionalidad formal esta mediada en muchas ocasiones por información del lenguaje científico ya revisado. La racionalidad sustantiva segunda dimensión propuesta por Webber en la cuestión de estilos de vida implica la toma de decisiones y practica de comportamientos basados en la cultura, las tradiciones y costumbres siendo estas raramente cuestionadas(4).

Esto implica que existan diferencias en la epistemología de abordaje de la salud y el impacto en los estilos de vida al momento de tomar decisiones y adoptar conductas. Durante décadas o tal vez siglos la salud se investiga y aborda de forma tradicional desde la perspectiva negativa, la enfermedad y sus causas próximas. Basados en enriquecer el lenguaje científico y proveerlo de forma vertical a las comunidades sus alcances ya han mostrado en el siglo XXI que probablemente son insuficientes y esta consideración fue tomada en cuenta en el lejano 1974 cuando Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de salud, definiendo el estilo de vida como "el conjunto de decisiones que toma el individuo respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control"(5).

Entonces se traduce que los hábitos nocivos que ponen en riesgo su salud son considerados y decididos por el propio sujeto, aunque aquí es donde los aspectos culturales toman partido y determinismo. Sabiendo que el sujeto no es un ente aislado y que como se ha revisado establece mediaciones de lenguaje que le permite crear construcciones sociales que sirven como marco lógico de funcionamiento al interior de un grupo o una comunidad, la toma de decisiones no es una cuestión meramente individual. Habrá que considerar el efecto de sus interacciones y el impacto del lenguaje común.

### **1.3 Interaccionismo simbólico y propuestas explicativas de los estilos de vida**

El punto de partida de George Mead, a quien puede considerársele el padre del Interaccionismo simbólico, es la experiencia, entendida dentro del más puro espíritu del pragmatismo norteamericano: nada existe fuera de la experiencia(6)

No es que no exista el mundo externo o que éste sea producto del pensamiento, lo que en realidad sucede es que el conocimiento del mundo, tanto del exterior como el de la misma persona, son producto de la interpretación de cada quien, gracias a que el ser humano vive en sociedad, su experiencia no es un producto individual, sino el resultado de la interacción entre los sujetos(6). La conciencia entonces se crea y recrea al contacto con los demás, al momento en que cada quien recibe un mensaje de los otros, mediante gestos, palabras, o cualquier símbolo.

“El sí mismo es esencialmente una estructura social y emerge en la experiencia social” decía Mead(7) con lo cual ponía en primer plano otro elemento importante: la sociedad como el único espacio en el que se construye el ser humano.

El grupo social precede al individuo consciente y pensante y esto lo logra a través del lenguaje como un símbolo, en este caso el lenguaje común evoca significados de las experiencias de todos los individuos que interactúan en una comunidad y posibilita que:

- Los individuos se adaptan en cualquier acto o ambiente social
- Usando símbolos se facilitan las condiciones de adaptación y readaptación de un individuo.
- Simplifican los procesos mentales(8).

La conciencia de los individuos está ubicada en el mundo de lo objetivo es decir en el mundo real en el que estemos situados, las imágenes mentales de la interacción representan a los fenómenos sociales que ocurren en una comunidad. En cuestión de los estilos de vida esta interacción permite incorporarse y mantenerse en una comunidad, se generan heurísticos que le permiten a los individuos aligerar sus

procesos cognitivos al momento de tomar decisiones y se utilizan estas representaciones para facilitar la vida cotidiana.

Es así como desde lo colectivo se comienza a dar forma al imaginario individual, es decir, las decisiones en cuanto a estilos de vida no son determinaciones exclusivas de lo intrínseco, si no que las interacciones simbólicas de lo extrínseco en una comunidad se incorporan como parte del funcionamiento intrínseco con el paso del tiempo, emulando un proceso histórico de perpetuación de las conductas objetivas, producto del Interaccionismo de una comunidad.

Y en este sentido se puede hablar de una noción colectiva de los estilos de vida.

### **1.3.1 La configuración de contexto simbólico y las representaciones colectivas en los estilos de vida**

Como se menciona los estilos de vida dependerán de las construcciones sociales, mismas que serán determinadas a través de la mediación del lenguaje, que es considerado un simbolismo, que al ser interactuado socialmente se incorpora al corpus intrínseco del sujeto adoptándolo como heurísticos de funcionamiento lógico. Ante estas cuestiones individuales construidas desde lo colectivo surgen como producto comunitario los imaginarios sociales definidos como: un conjunto de imágenes mentales reales y complejas, independientes de los criterios científicos de verdad y producidas en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencias relativamente conscientes(9).

Los imaginarios como producto social implican la configuración de contextos simbólicos de interpretación que enlazan representaciones colectivas producidas socialmente. Es decir, los estilos de vida de un individuo en una comunidad estarán constituidos por un contexto simbólico definido como: conjunto de respuestas ante un fenómeno planteado para toda la comunidad ante el cual cada quien responde en tiempo-espacio de forma variada en base a una cosmología del mundo con la cual se identifique la persona perteneciente a su comunidad o diferente si se adquiere en un contexto fuera de esta(9).

Los contextos simbólicos permiten expresar el saber social, enuncian el saber social constitutivo de diversas comunidades y están conectados a momentos vitales, históricos y al espacio social concreto en el que vive y se conforma la comunidad. Estos contextos simbólicos le dan seguridad al individuo para afrontar su toma de decisiones y esto se puede ver representado en las acciones de estilo de vida adoptadas por cada persona pero que pudieran homogeneizarse en los miembros de una comunidad.

Pero para que este contexto simbólico pueda "encantar" y ser adoptado de forma natural o tacita por los miembros de una comunidad se necesita de un mecanismo estructural de comunicación y apropiación(10). Es aquí donde surgen las representaciones colectivas como mecanismo social de apropiación de los contextos simbólicos. La representación colectiva es la objetivación de lo simbólico y ayudan a que lo simbólico no quede en metafísica. Es decir, un sujeto que pertenece a una comunidad se integra a ella y asume sus costumbres de una forma acrítica y como mecanismo reproductor de lo cultural, cubriendo a si las demandas colectivas impuestas haciendo más homogéneo el comportamiento en la comunidad. Para Durkheim las sociedades modernas ya presentan contextos simbólicos heterogéneos y las representaciones colectivas como resultado de esta característica heterogénea son más descentralizadas.

En cuanto a estilos de vida y cuestiones relacionadas a la salud sobre todo considerando las enfermedades no transmisibles como el consumo de tabaco. Una dieta malsana, la inactividad física y el abuso del alcohol(11) es importante considerar las representaciones colectivas como determinantes de la toma de decisiones individuales que configuran problemáticas de salud pública.

Las representaciones colectivas son para Durkheim las ideas compartidas por los miembros de grupos y sociedades con respecto al mundo en el que viven; las representaciones colectivas muestran el estado espiritual del grupo, sus formas de organización, y son expresión de los peculiares lazos que lo unen. Tienen no sólo

efectos cognitivos (ayudan a interpretar y conocer la realidad) sino efectos en la acción, ayudan a vivir.

Participan, además, de las mismas características de los hechos sociales: en tanto son producto colectivo son externas a la conciencia individual, y en esa medida ejercen una cierta coerción sobre cada uno, a la vez que, por los procesos de socialización, tienen un carácter interno, ya que son interiorizadas por los miembros del grupo.

### **1.3.2 El Habitus como elemento incorporado de lo colectivo en lo individual**

Pero esta interiorización de las representaciones colectivas en el plano individual donde los sujetos corporizan estas normas en el plano de su comunidad o el grupo social al que pertenecen se nombre habitus. Pierre Bourdieu proporciona este concepto para relacionar lo objetivo (la estructura social) y lo subjetivo (la interiorización de ese mundo objetivo)(12).

Este concepto se refiere a sistemas de clasificación y el conjunto de esquemas mentales y corporales de orden simbólico, que constituyen la versión subjetivada de la estructura objetiva. Constituyen esquemas subjetivos de percepción, de valoración y de acción, inclinaciones a percibir, sentir, hacer y pensar de una cierta manera interiorizadas e incorporadas, frecuentemente de un modo no consciente por cada individuo, a partir de sus condiciones objetivas de existencia y de su trayectoria social. El habitus representa pues una posición objetiva en la realidad social, las disposiciones subjetivas relativas a ese espacio; esto significa que el agente tiene margen para reconstruir esas posiciones objetivas a través de formas simbólicas(6).

La manera en que se entabla la correspondencia entre la estructura objetiva y la estructura mental del agente concede a este último un papel activo en la conformación de la realidad social; al mismo tiempo atribuye un papel protagónico al saber o pensamiento ordinario en la producción de las realidades objetivas y subjetivas(12).

#### **1.4 Acercamiento a las enfermedades no transmisibles desde la teoría social**

En conclusión, puede enumerarse que en materia de estilos de vida y enfermedades no transmisibles las explicaciones que dotan de mayor calidad suelen ser las que consideran los dominios culturales hacia una problemática de salud pública. Ello implica conocer las interacciones simbólicas, desde sus dimensiones de contexto simbólico y representación colectiva y a su vez desde el plano individual del habitus que incorpora cada sujeto para establecer sus normas de funcionamiento lógico al interior de una comunidad. Esto implica un reto de grandes alcances sabiendo que al interior de lo urbano y su crecimiento lo heterogéneo se hace presente por lo que el escenario no es tan simple de captar.

Los beneficios de abordar las cuestiones relacionadas a salud y estilos de vida desde los lentes proporcionados por el entramado de las construcciones sociales facilitarían la comprensión en que se forman las lógicas de funcionamiento sociales hacia estilos de vida nocivos o prácticas y/o conductas colectivas en lo comunitario ; esto posibilitaría entender la manera en que ellos se configuran a partir de la reconstrucción de patrones de índole económico, social, cultural y simbólico, manteniendo el orden social o bien transformándolo en un continuo espacio tiempo como la teoría lo ha sugerido.

La teoría de las construcciones sociales se agrupa en un plano integrador de los conceptos de contexto simbólico, representación colectiva y habitus, sobre todo porque desde este marco integrador y contemporáneo permite tener una postura epistemológica para observar la realidad con un punto de vista emergente en materia de salud y estilos de vida, ante la necesidad de modelos explicativos de las conductas nocivas a nivel comunitario que fomentan e impulsan problemáticas de salud pública graves.

Esta perspectiva genera argumentos que puedan dar explicaciones de orden descriptivo ante escenarios comunitarios complejos en el marco de los estilos de vida y hábitos nocivos desde el lenguaje científico explorando el lenguaje común. Esta información debe acompañar a un modelo de promoción de la salud que sea



paralelo a las cuestiones epistemológicas de las teorías construccionistas para lograr sinergia y tener elementos en común de cómo se vive la realidad en salud.

#### **1.4.1 El concepto de dominio cultural enfocado a la salud**

En su definición más simple los dominios culturales son un conjunto de elementos de un mismo tipo que guardan una relación semántica entre sí (13). Para la presente investigación se entenderá por dominio cultural como el conjunto organizado de palabras o frases que, en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica (14). Estos se generan a partir de consensos implícitos entre los integrantes de una comunidad, quienes desarrollan elementos comunes dinámicamente a través de su historia y características sociales compartidas que le otorgan forma y sentido a las experiencias colectivas entorno a un elemento de su contexto como puede ser la enfermedad o la salud o un objeto de su cotidianidad (15).

El explorar los dominios culturales de una comunidad hacia un objeto implicado en su salud o en su enfermedad permite conocer el modo en que la gente construye, hereda y reproduce conocimientos cotidianos colectivos hacia estos fenómenos. Conocer las comunidades a nivel cultural e incorporar dicho conocimiento en las intervenciones enfocadas a la salud considerando el grado de efectividad que en programas de prevención y promoción pudieran tener las percepciones y constructos que modulan el comportamiento de los individuos pertenecientes a una comunidad(15) se postula como una herramienta contemporánea factible para emplearse en el diseño de futuras estrategias para afrontar problemáticas relacionadas a la salud dimensionando la historia colectiva a través del lenguaje.

#### **1.5 Promoción de la salud: implicaciones y condicionantes**

Desde las últimas dos décadas el discurso de la salud pública se ha redirigido en torno a la idea de promoción de la salud(16), este concepto se ha ido revalorizando históricamente y tomando más énfasis en su relación salud y condiciones de vida teniendo como elemento central de esta revalorización la necesidad de controlar los costos desmedidamente crecientes de la atención en salud implicados en el hecho

de no hacer promoción convirtiéndose en una propuesta gubernamental para salirse del abordaje médico sobre todo en cuestión de enfermedades crónicas no transmisibles en las poblaciones.

La conformación del discurso de la "nueva salud pública" basada en la promoción se configura en el contexto de sociedades capitalista que han empleado el discurso de la promoción con el objetivo de fortalecer la idea de autonomía de los sujetos y de los grupos sociales(16), en este sentido se propone que para la elaboración de propuesta de promoción que encaminen esta idea de autonomía se requiere la configuración de los conocimientos y prácticas sociales hacia las diversas patologías en las diversas comunidades que provoquen la representación científica de los aspectos culturales que faciliten la promoción y consoliden la idea de una autonomía regulada y estimulando la libre elección pero teniendo siempre presente los beneficios hacia el individuo y el colectivo con una lógica de bienestar para todos.

De acuerdo con posturas salubrista(17) la promoción de la salud y la salud pública abarcan la valoración de la salud de las poblaciones y la formulación de políticas para prevenir o responder a los problemas de salud, promocionando la salud y los ambientes saludables a través de un esfuerzo organizado de la sociedad. La promoción de la salud interviene en la dimensión social de los determinantes de la salud de la población, y es una categoría integradora esencialmente intersectorial y de participación social, por lo que rebasa las fronteras del accionar médico y de lo que comúnmente se conoce como el sector salud.

Las acciones de promoción de la salud de mayor impacto son las poblacionales, a diferencia de las acciones de atención y recuperación que se realizan fundamentalmente sobre individuos. Cada problema, en cada contexto, requiere una respuesta social específica que consiste en una combinación de acciones; las de promoción de la salud de mayor impacto potencial, serán aquellas que se realizan sobre comunidades y poblaciones enteras con la participación de la mayoría de los sectores y actores sociales

Si bien es cierto que interesa que los individuos adopten estilos de vida sanos, ello está altamente condicionado a la modificación positiva de las condiciones de vida de los grupos humanos. Los estilos de vida individuales responden en gran medida a las condiciones en que los individuos viven, estudian y trabajan. Es obligatoria la modificación positiva de las condiciones estructurales de vida y por su conducto, los estilos de vida individuales.

La promoción de la salud como proceso social y político es por naturaleza dinámica, y está influenciada por las condiciones específicas de cada lugar, las cuales moldean tanto su esencia como su alcance, al igual que su implementación y su éxito. Las intervenciones en salud pública deben tratar de entender las comunidades como sistemas complejos, en los cuales los problemas de salud o fenómenos de interés son producidos y manejados por el sistema.

#### **1.5.1 Características epistemológicas de la promoción de la salud basada teorías sociales**

En su definición clásica y tradicional, la promoción de la salud se entiende como “un proceso en el que se proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sí misma”(18).

Existen diversas acepciones hacia la definición de promoción de salud, aunque también hay consenso en el hecho de que todas involucran a los gobiernos, las asociaciones sociales e individuos en la construcción de salud colectiva(19) . Las principales diferencias hacia la promoción de la salud como concepto se dan entre quienes:

- Otorgan particular importancia a los determinantes de la salud a nivel macro social
- Y quienes Limitan su alcance a la modificación de los estilos de vida específicos.

Sin embargo algo que se especifica es que la promoción de la salud se dirige a los conjuntos sociales pues se basa en la concepción de salud colectiva y a diferencia de la prevención esta no adopta estrategias puramente defensivas y de protección

(19) dotado de poder a el personal de salud si no que por el contrario la promoción trasciende al personal de salud y se posiciona en los otros actores clave, como los que tienen poder de decisión política tanto institución y/o comunitaria, así podría decirse que la promoción de la salud se trata de un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y de este modo mejorarla.

La promoción de la salud entonces requiere aproximaciones disciplinares de la psicología, la sociología y la antropología social para lograr estándares de eficacia más propicios a la realidad problemática que se vive y el apoyarse en estas disciplinas coadyuvará en los propósitos de la promoción en salud(20) como:

- La Implicación de trabajar con la gente, no sobre la gente
- Empezar y acabar en la comunidad en la que se trabaja
- Encaminarse hacia los determinantes de la salud tanto los inmediatos, como los subyacentes
- Interesarse tanto por el individuo, como por el medio ambiente
- Y enfatizar la dimensión positiva de la salud

La historia *moderna* del movimiento de promoción de salud está configurada por diferentes hitos que han ido agregando cada vez mayor complejidad a su conceptualización y práctica. Los últimos años han sido testigos de una ampliación del enfoque de la promoción de la salud. A la perspectiva de estilos de vida se ha incorporado aquella que enfatiza la importancia de los aspectos sociales y estructurales en el diseño de programas y proyectos. En la práctica, no obstante, la implementación de estrategias de promoción en salud no ha sido capaz de integrar estas dos miradas. Por el contrario, las acciones han permanecido guiadas finalmente ya sea por un enfoque que enfatiza los factores individuales o bien por otro que prioriza los elementos estructurales(21).

La conducta humana ha sido entendida -en último término- como un resultado del procesamiento activo que hace el sujeto de la información disponible en el ambiente, presumiéndose una persona que, finalmente, toma una decisión acerca de cómo actuar(19). La psicología social crítica afirma como propuesta que la mirada cognitiva de la salud falla en captar la complejidad de las conductas relativas a la salud y sus estructuras sociales. "Esta aproximación alternativa propone una comprensión más profunda de la manera en la cual la gente relaciona las conductas de salud con significados, valores e identidad, y la manera en la cual éstos son inextricablemente relacionados con el contexto social.

En este sentido, esta mirada cambia el énfasis desde una imagen objetiva de las concepciones de salud del individuo abriendo paso a la consideración de las creencias subjetivas sobre conductas saludables. Si bien las propuestas provenientes de desarrollos teóricos más actuales presentan una visión compleja la cual conecta una apreciación subjetiva de la salud y el riesgo, el rol del medioambiente cultural y social en el cual la gente vive permanece como un factor de bajo peso relativo en comparación con el individual(22).

Su foco puede ser resumido en la frase "*hacer la elección saludable, la elección más fácil*"(18). Las elecciones saludables en materia de combate a epidemiologías de corte social y en la adopción de acciones que busquen estilos de vidas saludables son complejas, porque, aunque puedan estar a la mano como opción real, frente a determinados grupos sociales donde interactúan contextos simbólicos complejos la opción se puede convertir incluso en utopía. Y esto porque dicha decisión ya no se plantea solo en un plano de voluntades individuales sino de determinantes de la estructura social, económica, política y cultura que favorezcan o limiten la accesibilidad para elegir estas conductas en el plano individual.

Ante este escenario las investigaciones que buscan generar aportes para la construcción de propuestas de promoción de la salud tienen el reto de traer a la luz

elementos teóricos de la propia cultura y el contexto al que pertenecen los individuos hacia quienes se pretende dirigir la promoción ya sea un grupo etario en particular o un segmento de la población con ciertas consideraciones pero respetando la variabilidad y características propias de dichos sujetos, aportando nuevos conocimientos que generen caminos para el sustento de la salud y que demuestren la pertinencia de determinada estrategia con base a las nociones socioculturales de la población de estudio.

### **1.6 Modelo de promoción de la salud de Pender**

Nola J. Pender enfermera de la Universidad de Michigan en Estados Unidos ha realizado y obtenido gran reconocimiento por sus aportes a la promoción de la salud generando un modelo que contempla una epistemología cultural global. Desde su enfoque la promoción de la salud se define como: "El desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas"(23).

Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a

conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud(24).

La promoción de la salud además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales en el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud

La modificación de estos factores, y la motivación con el fin de realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud(25), la cual es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el auto-cuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida(25), teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de auto-cuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud(23).

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura(24), así:

- La primera teoría, es la de la *Acción Razonada*: originalmente basada en Ajzen y Fishben(26): explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.
- La segunda es la *Acción Planteada*: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas(26)
- La tercera es la *Teoría Social-Cognitiva*, de Albert Bandura (26) en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como:

*“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”*(23). Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad

Según Pender (27), el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea(28). Si un niño observa que en su familia se consumen alimentos salados, además de que permanentemente escucha decir a los padres que *“de algo nos hemos de morir”*, *“la sal sirve para hacernos fuertes”*, los niños y adolescentes interiorizan y asumen estos conocimientos para su vida presente y futura, y en consecuencia así se actúa y se asume la conducta no saludable.



La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por(22):

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados
- La presencia de barreras para la acción(29), las cuales pueden ser personales, interpersonales o ambientales
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación hacia las conductas de salud
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción.

Dadas las consideraciones hechas por el modelo de creencias en salud de Pender en el que basa el desarrollo de estrategias de promoción de la salud considerando las cuestiones culturales y sociales como parte de las consideraciones que deben incluirse en el desarrollo de la promoción ante el combate de enfermedades no transmisibles que generan problemáticas de salud pública con magnitud global y en constante crecimiento se encuentra congruencia epistemológica entre esta visión de la salud y los preceptos del construccionismo social.

### **1.7 La emergencia del construccionismo social en el acercamiento a la salud y la cultura**

Ante el impacto de los contextos simbólicos, las representaciones colectivas y el habitus como aspectos mediados por la interacción social que tienen un impacto en la constitución de los estilos de vida, las conductas y las prácticas comunitarias en salud, sobre todo en enfermedades no transmisibles de eminente orden social y considerando las perspectivas del modelo de promoción de la salud basado en las creencias de la salud de Pender. Se considera la postura del construccionismo social, como integrador de los aspectos epistemológicos de estas consideraciones

y sus componentes teóricos dan rigor y congruencia a la forma de ver la realidad ante estas problemáticas de salud pública.

### **1.7.1 La perspectiva del construccionismo social**

La teoría del Construccionismo Social, se define como un conjunto de conversaciones que se desarrollan en todas partes del mundo y participan, todas ellas, en un proceso que tiende a generalizar significados, comprensiones, conocimientos y valores colectivos(30).

Para Gergen a través de este enfoque es posible generar conocimiento acumulativo de los hechos históricos de alta variabilidad ya que las teorías de la ciencia tradicional no permiten esta acumulación con fenómenos sociales; su argumento radica en el hecho de que si las sociedades humanas son históricamente cambiantes, también lo son los significados que las personas le atribuyen a la realidad de modo que, si los significados influyen en las acciones y decisiones de las personas que forman esas sociedad, el transformarlos de alguna forma en un conocimiento de carácter científico dotaría de capacidad a los propios individuos de transformar la forma en que entienden su mundo ante diversas problemáticas(30).

Así la teoría del construccionismo social se basa en el siguiente argumento epistemológico:

"A través de una apreciación crítica del lenguaje es como se puede alcanzar la comprensión de las formas en que se relaciona el ser humano y la cultura".

Así la teoría construccionista señala que ningún conocimiento incluyendo si es científico puede liberarse de sus propiedades históricas, culturales, sociales y discursivas que lo producen(31); el conocimiento es el resultado de una construcción colectiva, las relaciones fabrican nuestras versiones de lo que se denomina conocimiento y por tanto lo que pregonan la ciencia no se establece por

---

su proximidad con la verdad, si no por ser una consecuencia de las construcciones narrativas(31).

De esta planteamiento epistemológico se puede reconocer que cuando es posible identificar los consensos del lenguaje hacia un acción de la realidad, sería posible identificar como los sujetos asocian estas conductas a su cultura, a su proceso histórico y social, no por el simple hecho de abstraerlo a través del lenguaje que yace en su mente en un sentido subjetivo, si no al relacionar dichas expresiones con las actividades implicadas en el contexto y la identidad que deben configurar a partir de lo que entienden por una acción en particular implicada en la práctica de un estilo de vida.

Un concepto imprescindible dentro de este marco epistemológico es el lenguaje: al que se le define como el promotor indispensable para acceder y construir la realidad social(32). De hecho, las palabras no cumplen una función objetiva/pasiva, ni son una herramienta que nos permite describir al mundo tal y como es, más bien, al contrario, éstas tienen una función activa, formativa y modeladora que les permite estructurar y modificar la realidad a la que se refieren

De este modo el planteamiento construccionistas se proponen desarrollar una postura teórica vinculada a la deconstrucción donde el análisis crítico ya no tiene como objetivo levantar el velo de los intereses y los prejuicios que encubren la realidad, sino más bien explorar como podrían concebirse de otra manera las cosas y qué tipo de relaciones se podrían establecer a partir de esas nuevas concepciones sobre el mundo y nosotros mismos(32).

Lo que propone el construccionismo, entonces es desarrollar una perspectiva alternativa al enfoque individual del conocimiento, permitiendo analizar el rol que juega el saber compartido por una comunidad en la manutención y reproducción de la realidad existente en el presente en un colectivo(33). El construccionismo social es una corriente alternativa al positivismo, ya que representa una cuestión

postmodernista que implica una meta teoría y ética de fundamento social y que realiza un trabajo de puesta en evidencia de la artificialidad y opcionalidad del individualismo(31) que necesita salir de la razón individual y llegar a la retórica comunal, trascender el mundo de lo objetivo e ir al que se encuentra construido socialmente y sobre todo superar la concepción de un lenguaje representativo que postulan las representaciones sociales y ahondar un modo de lenguaje entendido como el vínculo hacia una práctica pragmática.

Como perspectiva de lo social el construccionismo se asocia con los movimientos de estudios culturales que buscan enraizar los eventos, las interacciones sociales y los procesos culturales; pero principalmente por develar las cuestiones opresivas de la racionalidad individual y sus procedimientos excluyentes así como la contingencia cultural de ontología y sus valores(32).

### **1.8 Aportes del construccionismo social a la salud pública**

Un aporte que brinda el construccionismo social a través del análisis de Gergen visto desde la perspectiva de promoción de la salud es el hecho que cuando esta se aborda desde el punto de vista de lograr cambios comportamentales con base en un conocimiento científico del fenómeno sin considerar las cuestiones propias de su contexto, conllevaría dos escenarios:

El primero es del lado de quien lo comunica ya que la construcción de lo que se dice no es ingenua está atravesada por los sesgos valorativos de la comunidad científica y de lo que se debe decir desde esa postura. Podría ejemplificarse diciendo que la salud pública pudiera considerar el beber alcohol en una postura neutral, sin embargo, al tomar una postura científica tienden a transmitir la idea de que no es bueno; y los caracteres atribuidos a este hecho a través de una promoción no serán los más agradables para el público al que se le otorga, aunque estas, para quien construye la promoción sean neutrales.

Sin embargo, es probable que en un momento histórico de la comunidad el consumir alcohol pudiera ser comprendido como una característica positiva de estatus y que esto se contraponga con la idea de negativa cuando en el simbolismo colectivo permanece la valoración positiva.

El segundo escenario radica en el problema ante este escenario que la ciencia al momento de comunicar conlleva sesgos valorativos implícitos, Gergen los menciona como de carácter prescriptivo, normativo, valorativo, que le insinúan a las personas como debería ser un hecho en la realidad o como deberían ser(31). El problema que surge en una promoción constituida de esta forma es que la sociedad no reacciona siempre consintiendo la que la ciencia dice reproduciéndolo en las conductas esperadas en este caso por la salud pública como disciplina.

La gente toma decisiones diferentes a las conclusiones o recomendaciones que la ciencia pareciera imponerle ya que valoran más su sentido histórico, se defienden del sentido científico (que en este caso pudiese nombrarse epidemiológico y de riesgo) a través de disfrazar sus tendencias, hacer cosas para sentirse distinto a lo que se recomienda y mantiene alternativas fluctuantes a lo establecido por el conocimiento social(33).

Lo que la teoría del construccionismo social provee en el sentido de obtener los simbolismos que se convierten en acciones pragmáticas de la vida cotidiana de los sujetos en forma de una acción situada, al momento de identificarlos y emplearlos en un configuración de propuesta de promoción en el ámbito de la salud es la posibilidad de sensibilización, transmitiendo los puntos de influencia, generados muchas veces en el proceso de aprendizaje social de un grupo determinado y de la interacción entre grupos(34)

Esto permitiría sensibilizar a un grupo etario concentrando en un mismo contexto a partir de comunicarles los supuestos bajo los cuales su cultura fundamenta sus comportamientos, a través de procesos conscientes e inconscientes pero que le dan

forma a su sistema lógico de pensamiento para dirigirse a una conducta que configure un estilo de vida.

Comprender la variabilidad y los consensos hacia estas pautas de pensamiento en los jóvenes a partir de la estructura y procesos socioculturales se convierte en una posibilidad para influir en los procesos de fortalecimiento de un contexto saludable, propósito deseable en la configuración de la promoción de la salud del modelo de Pender(24). La orientación de la promoción de la salud hacia la cultura y hacia las disposiciones aprendidas a partir de esta y de las interacciones sociales, es un terreno fértil para comprender los procesos de identidad hacia una conducta que desde lo salubrista es no saludable y la estima colectiva asociada a ella que pudiera fortalecer su presencia en vez de su ausencia o viceversa; así también las transformaciones de la subjetividad que ha llevado consigo de forma histórica la acción de consumir alcohol y la posibilidad de visibilizar las subjetividades marginadas asociadas a esta práctica en un contexto escolar.

Desde la postura de Pender sería complicado postular una estrategia de promoción aislándola del contexto al que se busca impactar desconociendo la variabilidad de eventos que ocurren en cada contexto específico. El construccionismo social propone que desde su mirada se identifiquen las interacciones lingüísticas que conforman los simbolismos hacia una práctica en salud que conlleve aun estilo de vida nocivo y que se configure como un sistema lógico de pensamiento en los adolescentes para decidir adoptar o no esta conducta y su posterior control de forma intrínseca.

Esta perspectiva teoría dota a la investigación de determinantes sociales en salud del valor de otras posturas teóricas y tradiciones del pensamiento, haciéndolas participe del dialogo(31); para el propio Gergen “esto genera la esperanza de que, de algún modo todas las personas pueda crear nuevas formas de vida, realidades y posibilidades totalmente nuevas, que permitan sostener una vida enriquecedora para todas las personas”. Sin duda una postura filosófica idealista del bien común a

partir de la autonomía del sujeto, pero con el pensamiento en el bienestar colectivo, propio del mismo pensamiento que dotan a la promoción de la salud en el ámbito de la salud pública.

### **1.8.1 Fases y/o momentos del construccionismo social**

Como se menciona en la teoría del construccionismo social los sujetos configuran sus prácticas cotidianas a partir del lenguaje y de la acción situada es decir la relación que un individuo y el mundo se realiza mediante la articulación entre la construcción lingüística a modo de representación mental y que toma valor cuando lo dialogamos, negociamos y mezclamos a modo de conocimiento común.

Así podríamos decir que para el construccionismo social el lenguaje establece un sistema lógico de pensamiento hacia un objeto de la realidad en este sentido un sistema lógico de pensamiento se conforma de(35):

- Un conjunto de símbolos primitivos (el alfabeto),
- Un conjunto de reglas de formación que mencionan como construir formas a partir de los símbolos primitivos
- Un conjunto de axiomas
- Un conjunto de reglas de inferencia.

Es así que es posible encontrar a través del lenguaje que, en una comunidad hacia una práctica determinada en salud, los axiomas y reglas de inferencia hacia esta conducta.

Por otra parte la acción situada como segunda fase se plantea que los miembros de un contexto al estar en contacto físico inmediato entre sí, contribuyen juntos a una definición global de la situación(30); desde el Interaccionismo simbólico se entiende que la sociedad es algo que es vivido aquí y ahora a través de interacciones cara a cara y mediadas, que conectan a las personas entre sí(8). Los individuos crean el mundo por medio de interacciones a través de los sistemas

lógicos establecidos para pensar el mundo, pero estos son tan dinámicos que se reconfiguran cada cierto tiempo teniendo un carácter de improvisación bien ordenada(34). Desde un enfoque etnometodológico se sostiene que las prácticas sociales cotidianas hacen que el mundo sea mutuamente inteligible.

Existe un inmenso background de afirmaciones y presuposiciones a los cuales responden las actitudes y acciones de los seres humanos sin embargo estas no son responsables de la ejecución de la acción; podríamos considerar esta premisa para el caso del consumo de bebidas alcohólicas ya que la acción situada a la que hace referencia el construccionismo social refiere que toda acción depende de un modo esencial de las circunstancias materiales y sociales, debemos entonces interesarnos por las acciones inmersas en sus circunstancias(34).

La acción emerge de las circunstancias, pero a su vez las circunstancias configuran los sistemas lógicos de pensamientos, en este devenir, y para este caso, la interacción en el contexto con personas que consumen bebidas alcohólicas ya sean los propios pares, la familia, o siendo el consumo propiciado por los espacios académicos de ocio generar dichos sistemas y a su vez la acción situada que refuerza la acción de adoptar un estilo de vida determinado.

### **1.9 Referentes de Investigación asociados al fenómeno salud-enfermedad desde enfoques de teoría social**

El instituto nacional de salud pública de México ha reconocido la necesidad de conocer con mayor profundidad los aspectos culturales que determinan o condicionan el curso de las enfermedades y su atención como fenómenos colectivos empleando para tal fin metodologías de índole cualitativo que antes de la década de los setenta no habían sido exploradas por la salud pública (36).

En este sentido, a partir de la década de los ochenta la generación de conocimiento de carácter científico en problemáticas relacionadas al fenómeno salud-enfermedad comenzó a tomar relevancia, aunque la producción aun es limitada en comparación a la que se genera desde el enfoque biomédico. Aun así, existen documentos de



carácter científico que dan muestra del acercamiento a los fenómenos de salud desde el enfoque del construccionismo social.

En el 2014 la investigación denominada: "Dominios culturales de la malaria" publicada por Julián Fernández-Niño de la facultad de medicina de la universidad nacional de Colombia (14) se planteó como objetivo explorar los dominios culturales sobre la malaria en pobladores de una localidad asentada en una zona endémica con la intención de explorar los problemas de salud de la comunidad, las causas de la malaria, las medidas de control y los responsables de aplicarlas.

Dentro de sus resultados encontró que la población reconocía en la malaria como el principal problema de salud de la comunidad, además se reconoció la falta de intervención en las condiciones ambientales como el factor más importante en la generación de malaria y que los responsables del control eran los integrantes del centro de salud de la comunidad.

Se encontró la homogeneidad entre las diferentes poblaciones hacia los siguientes dominios: percibir la enfermedad como el principal problema de salud, la falta de medidas de control y las aguas estancada como las principales causas además de identificar que para los pobladores el uso de plaguicidas representaba la forma de control más importante. El conocer estas similitudes culturales permite tener elementos de desarrollo de control de la malaria conociendo que es un problema prioritario para la comunidad (14).

En este estudio en particular, se muestra que la comunidad cree en las medidas de control de la malaria promovidas por las campañas de salud y las acepta, pero sitúa la responsabilidad de aplicarlas en agentes externos, lo que explica el involucramiento pasivo y el escaso poder de los líderes comunitarios frente al tema, en tanto que ninguna de las actividades de control surge de su iniciativa. Es decir que el contexto sociocultural enmarca los pensamientos, las actitudes y las acciones que cada comunidad reconoce como apropiados ante un fenómeno de salud o enfermedad.

Teresa Margarita Torres López del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México realizó una investigación para organizar las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara (37). Empleando técnicas de la antropología cognitiva como los listados libres exploró por género las construcciones hacia estar saludable y estar enfermo.

En el concepto de salud identifico una visión holística en ambos sexos que incluye aspectos físicos, emocionales y espirituales. La limpieza es un elemento básico en la prevención de la enfermedad, así como el desarrollo de un trabajo. Los varones destacaron la importancia de no tener vicios, mientras que las mujeres resaltaron el tener buenas relaciones interpersonales.

En el concepto de enfermedad se destacó una visión biológica y social que incluye aspectos como la deficiencia física, los estados emocionales alterados, así como el tratamiento y la atención de la enfermedad. Los varones señalaron los gastos económicos que implica su atención, las mujeres señalaron el agotamiento que conlleva el trabajo de atención de los enfermos (37).

En sus resultados se identifica que en las propuestas educativas enfocadas a mejorar estilos de vida deben incluirse aspectos culturales desde la visión de género hacia las creencias religiosas, el control emocional y los cuidados integrales.

La investigación llamada: "La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol" desarrollada por Mariana Ruiz Torres de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México exploró las representaciones sociales de los adolescente de la ciudad de México hacia el consumo de alcohol sobre todo considerando su relación con la exposición (38). Considero para su muestra a 60 jóvenes de un centro escolar de nivel preparatoria.

Dentro de sus resultados identificó que las fiestas familiares son situaciones asociadas a la exposición y la oportunidad de beber; mientras que la tentación al consumo está asociada a emociones desagradables como tristeza y sentimientos

depresivos. Los chicos que solo han consumido por experimentar sienten que al conocer información sobre las consecuencias negativas pueden decidir no tomar; en tanto que los que han experimentado un consumo más constante sin llegar al abuso asocian la acción de consumir alcohol con diversión por lo que la expectativa de decidir no tomar disminuye si solo se emplean intervenciones de carácter informativo sobre causas y consecuencias con estos sujetos (38).

Silvia Henao de la facultad de salud pública de la Universidad Nacional de Antioquia en Medellín publicó en el año público una investigación sobre representaciones sociales hacia el consumo de drogas en universitarios colombianos empleando técnicas de entrevista semi-estructurada en 27 jóvenes y siete grupos focales analizándolas desde un enfoque hermenéutico cultural para categorizar dominios acerca del consumo de diversas drogas (39).

Se destaca dentro de los constructos identificados la droga como un socializador, un facilitador de las relaciones sociales entre los jóvenes y en ocasiones es un elemento que da sentido a la vida, pone al sujeto en un contexto donde es aceptado. Las drogas entre los universitarios de esta universidad se posicionan como un elemento que forma identidad dentro del grupo y beneficia la adaptación al entorno social universitario, el consumo es culturalmente construido como una cuestión recreativa no adictiva de distracción que rompe con lo cotidiano y se reconoce el pasaje por la universidad como el momento de la vida donde se deben experimentar estas prácticas (39).

Edelmison Antunes de Campos de la Universidad Nacional de Sao Paulo, Brasil en el año 2010 realizó una investigación para identificar las construcciones sociales entorno al consumo de bebidas alcohólicas en mujeres de Sao Paulo (40). Las construcciones hacia el consumo de alcohol están asociadas a las relaciones familiares, la profesión y el género, lo que les permite identificar si el consumo es socialmente aceptable o como abusivo; A través de estas valoraciones las mujeres de algunos barrios de Sao Paulo construyen un sistema de acusaciones y prejuicios

envueltos por el sistema sociocultural en el que viven identificando a las “mujeres que abusan del alcohol” como aquellas que no cumplen sus obligaciones sociales en las esferas del hogar y el trabajo sin importar la cantidad de consumiciones que realicen(40).

El Doctor Rubén Soltero del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México realizó una investigación orientada a identificar el contenido y la organización de las representaciones sociales sobre el agua de adolescentes y padres de familia, así como describir diferencias entre los puntos de vista del género de los grupos estudiados. Se utilizó el método asociativo llamado listado libre y la comparación pareada.

Los resultados mostraron diferencias de acuerdo a los diferentes grupos de pertenencia, así como desde el punto de vista del género. Los adolescentes muestran un mayor grado de conciencia acerca de las prácticas de consumo y manejo del agua, mientras que los padres de familia tienen una visión más positiva sobre los problemas de su uso y consumo. Con la visión de género se destacó que las mujeres muestran una terminología más amplia de palabras en torno al concepto del agua(41).

Ana Salcedo Rocha de La Universidad de Guadalajara, México describió en el 2008 los dominios culturales que existen hacia el auto cuidado en personas con diabetes mellitus tipo dos divididas en dos grupo: quienes se controlaban el nivel glucémico y los que no (42) dentro de sus hallazgos encontró que no existía un consenso semántico hacia el constructo hacer ejercicio y el cómo debe ayudar la familia para mantenerse sano. Los pacientes con control glucémico entienden el apoyo familiar como fundamental y también el institucional.

Las diferencias encontradas pueden explicarse por las formas de iniciar o mantener el auto cuidado entre las que para el estudio se debe de incluir:

- Cómo los pacientes ligan patrones de atención a problemas de salud con los de enfermedad y dentro de ella, incluyen el manejo de problemas tanto agudos como crónicos.
- La incorporación de actitudes críticas, de insatisfacción o de reconocimiento de los límites de la biomedicina; así como sobre algunas tradiciones relacionados a las prácticas de atención alternas,
- Conocimientos acerca de los efectos del estilo de vida en la salud y el deseo de ejercer o no, su responsabilidad personal en materia de salud (42).

Los estudios que indagan sobre aspectos culturales, en el fenómeno salud-enfermedad, presentan hallazgos diferentes, hecho que refuerza la necesidad de reconocer los factores conceptuales y simbólicos que cada sociedad desarrolla según su experiencia y que explican en parte el curso que toman las acciones de salud pública al momento de diseñar intervenciones con mayor sentido social y que logren mayores niveles de efectividad en base a considerar a los sujetos participes de la intervención en generadores de una parte de la misma.

Los hallazgos de estos trabajos permiten sugerir que, incluso en ámbitos reducidos, la consideración de las diferencias culturales de la población en torno a una enfermedad o de fenómenos de salud es de suma relevancia, ya que facilita el diálogo intercultural y, por ende, el diseño e implementación de los programas de control, y mejora su recepción por parte de las comunidades.

El uso de los resultados de las investigaciones sobre los aspectos socioculturales por parte de las autoridades sanitarias a nivel local y nacional, debe ser estimulado si se quieren emplear de manera eficiente los limitados recursos destinados a las estrategias en salud pública y, en general, al control de enfermedades como la malaria, así como a mejorar la participación de las comunidades en dichas estrategias.

## **CAPÍTULO II. ANTECEDENTES**

### **2.1 Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia**

Las bebidas alcohólicas pueden clasificarse como una droga de abuso que es entendida como: "sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser auto administradas"(43)

Para fines de la presente investigación se entenderá por bebida alcohólica como cualquier líquido que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen, destinado al consumo humano, con características organolépticas y producidas ya sea por destilación o mediante mezclas fermentadas(44)

A nivel mundial se ha definido como consumo excesivo aquella cantidad de alcohol que pueda comportar un riesgo a la salud. Las evidencias epidemiológicas sitúan el límite de riesgo en cifras equivalentes a 30-40 g/día para los varones y en 20-30 g/día para las mujeres. Se considera consumo peligroso o de riesgo cuando la ingesta semanal es superior a 280 grs. en el varón y 170 grs. en la mujer. También se considera peligroso consumir 50 grs. en 24 horas, una o más veces al mes(45).

La salud pública ha trabajado con la problemática del abuso hacia el consumo de bebidas alcohólicas de diversas perspectivas, podría considerarse uno de los objetos de estudio más añejo sin embargo aún vigente en auge constante y que de acuerdo a los datos epidemiológicos existentes en la actualidad tiene su inicio en México en el ciclo vital denominado adolescencia, una construcción social la cual conlleva un periodo de cambios constantes y radicales así como retos que implican cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que adoptan diferentes formas de acuerdo al contexto social, cultural y económico en el que el individuo se desempeña(46).

Incluso la edad que abarca esta edad es variable, por lo general se considera que abarca de desde los 12 hasta los 19 años de edad. Al ser pues la adolescencia una construcción social que en la presente investigación se considerara a la población entre 12 y 15 años, que para México este es el periodo en el que corresponde cursar

la educación básica secundaria y es en ese entorno donde se concentra el grueso de la población.

Además, entre los adolescentes de 12 a 15 años en México, el consumo de alcohol se relaciona significativamente con las principales causas de muerte (el homicidio en los hombres, el suicidio en las mujeres y los accidentes de tránsito en ambos sexos). De esta manera, las mayores tasas de mortalidad debida a estas causas ocurren en aquellos jóvenes que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol(46).

Desde el ambiente escolar ha sido posible en otro tipo de intervenciones de carácter sanitarista observar el aspecto psicosocial de los adolescentes y los jóvenes quienes deben encontrar en las circunstancias que los rodean, los elementos para asumir los cambios biopsicosociales que experimentan en la construcción de un rol social que coincida con la identidad y organizar su comportamiento desde conductas que en el mundo los objetive positivamente y que les permita relacionarse y ser reconocidos como parte del ese entorno.

El consumo de bebidas alcohólicas como parte de un “valor socialmente aceptado como positivo” se postula como pieza clave en la construcción de la “madurez” de un adolescente y es por ello que en esta etapa del ciclo vital se configuren las representaciones tanto positivas como negativas y así establecer la probable conducta hacia la el consumo de bebidas alcohólicas que adopte los individuos para sus conducta futuras(47).

Además la adolescencia es considerada un periodo crucial para la salud y por ende para las problemáticas a nivel general de dicha población porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actitudes que pueden conducir a un alto riesgo para la salud(48).

Se considera pues a los adolescentes entre los 12 y 15 años que cursan el nivel medio de secundaria básica como un grupo vulnerable a generar una concepción positiva hacia el consumo y convertirse en el corto y mediano plazo en los

generadores de datos epidemiológicos que mantengan o incrementen la incidencia actual; algunos enfoques que valoran las causas sobre la consumición como una conducta negativa son:

Enfoque médico-sanitarista que considera las relaciones existentes en la triada: agente, huésped y ambiente. Se concibe a la bebida alcohólica como el agente que induce la enfermedad en presencia de un estado de susceptibilidad del individuo (huésped), el cual se inserta en un entorno o ambiente que favorece el consumo(49).

En los adolescentes podría considerarse la posibilidad de que el ambiente escolar promueva al interior de sus subcomunidades o grupos establecidos condiciones que permiten construir una concepción favorable hacia el consumo y por ende pongan en situación de riesgo al individuo considerando que la prohibición legal para la adquisición y consumición de bebidas alcohólicas no le es permitida y ante tal escenario y la presión social de realizar la acción busque ambientes insanos o de peligro que posibiliten la ingesta, esto acarrearía enfermedades o malestares en el huésped de forma directa o indirecta a través de otros padecimientos o riesgos asociados a la consumición de bebidas alcohólicas.

Enfoque de riesgo que deriva de la epidemiología, la salud pública y la psicología social. Considera a los factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de desarrollar problemas asociados al consumo(50).

Plantea que las adicciones son procesos prevenibles, cuya génesis se facilita o se detiene en función de la presencia o ausencia de factores de riesgo y factores de protección. Sus acciones se orientan al reconocimiento de los riesgos y al fortalecimiento de los factores protectores en un ámbito ecológico que incluye a la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Debido a que el objeto de estudio son las poblaciones más que los individuos, las intervenciones se orientan a mejorar las condiciones que promueven los factores de protección y disminuyen los de riesgo entre los grandes grupos o sectores



poblacionales, la utilidad de este enfoque es el uso de los factores identificados para prevenir la conducta que predicen.

En este sentido las investigaciones en torno a los factores de riesgo sobre el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes se enfocan a los contextos familiares, de calle y escolares de forma cuantitativa y a pesar que surge los modelos cualitativos para observar este fenómeno no son bastos y es importante considerar la cognición del individuo hacia el fenómeno y las construcciones que realiza a partir del ambiente en el que interactúa como un factor de riesgo que como lo postula el enfoque nos permita predecir a partir de las cogniciones identificadas la conducta futura y por ende encaminar acciones para disminuirla.

Enfoque sociocultural que aborda el consumo de bebidas alcohólicas a partir de la organización social y la cultura, las cuales, junto con las estructuras económicas, son determinantes de los procesos, vínculos y costumbres que se gestan en los individuos y en la colectividad(49); a partir de esta perspectiva puede comprenderse que en el ambiente de la instituciones de educación media superior existen factores tanto del ambiente institucional como el de los pares y grupos sociales existentes que generan ideas, información y actitudes tanto positivas como negativas hacia la consumición de bebidas alcohólicas.

Como se puede observar los enfoques apuntan a considerar la cognición como un elemento que merece mayor investigación para el acercamiento a este fenómeno como herramienta de la salud pública.

## **2.2 Aspectos de las funciones esenciales de la salud pública en torno a la investigación de factores culturales hacia el consumo de alcohol**

En materia de salud pública el estudio de los dominios culturales hacia el consumo de bebidas alcohólicas a porta principalmente al cumplimiento de la función 1: “seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población” (51). Esto considerando que en dicha función se establece la identificación de recursos

externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida, se considera que la exploración de las representaciones contribuirá con tal propósito.

De la misma forma y con especial énfasis se pretende cumplir con lo enmarcado en la función 3: "promoción de la salud"(51) la cual incluye el fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud, así como el desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables(11).

Esto a partir de la información generada de la exploración de la estructura y conformación del pensamiento social que se convierte en pensamiento "constituido" y pensamiento "constituyente"(52), por tanto es posible generar información que impacte en las funciones de la salud pública citadas a través de la exploración propuesta.

De acuerdo con la revista Salud Publica de México dependiente del Instituto Nacional de Salud Publica en su mensaje editorial se hace presente el mensaje de conocer con cada vez mayor profundidad los aspectos culturales que determinan o condicionan el curso de las enfermedades y su atención como fenómenos colectivos.

*"Estos campos implican el despliegue de metodologías que no habían sido exploradas por la salud pública antes de la década de los setenta, y que paulatinamente han pasado a ocupar un lugar relevante como vías legítimas de adquisición de conocimiento(36).*

Durante el proceso de incorporación de estas nuevas estrategias de investigación ha sido evidente que el estudio de los aspectos subjetivos de la salud no es únicamente una opción metodológica más, sino una de las formas más efectivas de

comprenderla, de mejorar el diseño de los servicios, al incorporar el punto de vista de la población –sanos o enfermos– y de responder al compromiso de los investigadores con la sociedad a la que finalmente deben servir(36).

Es pues que la investigación social en salud pone de manifiesto no solo su estatus de emergente si no el de una práctica consolidada en el marco del quehacer científico para explorar, analizar y comprender fenómenos de la salud pública como es el caso del que este texto ocupa "el consumo de bebidas alcohólicas" y la representación social se sitúa como un referente teórico e instrumental efectivo y aceptado para la generación de conocimiento en el marco de la salud pública como ente científico

Actualmente, en Latinoamérica hay una tendencia creciente en recurrir de forma novedosa a la enfoques que abordan las cuestiones culturales en los procesos de salud y enfermedad para explicar el pensamiento de sentido común de los actores de las prácticas en salud, por lo cual se ha decidido orientar la investigación a partir de la teoría del construccionismo social que surgió a finales de la década de los ochenta del siglo XX y su producción teórico-metodológica continúa renovándose(53).

Durante la segunda reunión internacional de promoción de la salud en Adelaida, Australia se definió la promoción en salud como un derecho con un carácter de importante inversión social y se establecieron cuatro prioridades sobre las que deberían influir los trabajos en promoción en salud pública(19):

- Mejoramiento de la salud de la mujer
- Eliminación del hambre y la desnutrición
- **Disminución del consumo de tabaco y alcohol**
- **Creación de medioambientes más adecuados.**

Estos dos ultimo puntos guían la intención de la presente propuesta en la cual se pretende definir una estrategia de promoción considerando las particularidades del grupo social en el que se efectuará la investigación con el acercamiento desde la

teoría del construccionismo social para identificar los sistemas lógicos de pensamiento en los adolescentes y contribuir desde su realidad a generar una herramienta que apoye al cumplimiento de estos puntos.

Sobre todo considerando que el cuarto punto ha generado discusiones en cuanto a promoción se refiere y en ese sentido en la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud llevada a cabo en Sundsvall Suecia en 1991(19) se discutieron los temas de medioambiente y salud con exponentes de la salud pública y de la promoción de la salud definiendo "desarrollo comunitario" como: el proceso a través del cual una comunidad se involucra en la identificación y reforzamiento de aquellos aspectos de la vida cotidiana, de la cultura y de la actividad política que contribuyen a la salud"(19) ; sobre todo aquellas políticas que busquen alterar el medioambiente social y reforzar elementos sociales que permitan una vida más saludable y estimulen la creación de redes sociales al interior de la comunidad.

Así pues la investigación en torno a los factores cognitivos y subjetivos originados en la cultura en la que se desenvuelven los adolescentes en una problemática como el consumo de alcohol se postulan necesarios para la conformación de una propuesta de promoción y que de la investigación se generen datos que fortalezcan la herramienta considerando que en cuestión de promoción las genéricas pueden ser poca efectivas si no se considera el factor de heterogéneo del contexto.

Con estas consideraciones se pretende basar el estudio exploratorio bajo la perspectiva del enfoque denominado construccionismo social(31); La construcciones elaboradas en contextos culturales particulares han sido abordadas como objeto de estudio por la antropología y más recientemente por la Psicología social de la salud. Los diferentes hallazgos sugieren que estas construcciones influyen en una variedad de comportamientos relacionados con la enfermedad y la salud como los estilos de vida, las formas de afrontar la enfermedad, las formas de controlarla, experimentarla, juzgarla, comprenderla, explicarla, también en comportamientos tales como la búsqueda de ayuda, la actitud para asumirla prevenirla(54).

### 2.3 Marco normativo de la investigación de consumo de alcohol y factores culturales

La exploración de los dominios culturales en cuestión de la práctica de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes responde a las recomendaciones establecidas en La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles(55), que insta a los Estados Miembro, incluyendo a México, a seguir haciendo frente a los factores de riesgo comunes a través de cinco intervenciones prioritarias dentro de las cuales destaca la **"Reducción del consumo peligroso de alcohol"** en respuesta a dicha demanda es pues objetivo del presente proyecto contribuir con datos que aporten una dimensión cultural y cognoscitiva hacia el conocimiento de este fenómeno.

La misma Organización Mundial de la Salud, en su Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol 2010(56), ofrece una serie de políticas y acciones encaminadas a afrontar los problemas causados por dicho fenómeno, en las que se sugiere a los estados miembros que generen programas y políticas públicas que contribuyan a la disminución del uso de alcohol, lo cual refuerza la propuesta de aportar datos desde la dimensión social y cultural hacia dicha problemática para posibilitar la conformación de nuevas estrategias que incluyan las representaciones como un factor que permita coadyuvar a la creación de estrategias efectivas de promoción orientadas a la disminución y a la abstinencia del consumo.

Además se pretende dar cumplimiento a la resolución de la 58 asamblea mundial de la salud promulgada en mayo del 2005 denominada "wha58.26 problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol"(56) en la cual se exhorta a los estados miembros a seguir pautas de acción y se hace hincapié en dos puntos

- ✓ que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del uso nocivo del alcohol;

- ✓ que alienten la movilización y la participación activa y apropiada de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, industriales, no gubernamentales, y benéficas, del sector privado y de la sociedad civil, en la reducción del uso nocivo del alcohol(55).

Conjunto a las recomendaciones internacionales a nivel nacional de acuerdo a lo plasmado en la norma oficial mexicana: NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones que de acuerdo a lo señalado en el punto 6 sobre la prevención que menciona: el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias(57).

El presente proyecto busca dar cumplimiento a lo marcado en los siguientes puntos:

*6. Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta: la percepción de riesgo de consumo de sustancias en general, la sustancia psicoactiva de uso; las características de los individuos; los patrones de consumo; los problemas asociados; así como los aspectos culturales y las tradiciones de los distintos grupos sociales(57).*

- ✓ 6.1.1 En el caso de considerar estrategias de prevención universal, el programa deberá considerar mensajes y estrategias que estén destinados a impedir o retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas con base en los siguientes principios:
- ✓ 6.1.2.1 A partir del conocimiento de factores de riesgo específicos para el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, debe identificar e intervenir con grupos de personas que comparten determinadas características con el objetivo que desarrollen habilidades que les permitan afrontar tales riesgos.

- ✓ 6.1.3 En caso de considerar estrategias de prevención indicada, el programa deberá dirigirse a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción pero que muestran signos previos (por ejemplo; consumo de sustancias psicoactivas de manera experimental, problemas de conducta relacionados).
- ✓ 6.1.3.1 El programa se debe diseñar con el objetivo de detener la progresión del abuso de sustancias psicoactivas o desórdenes relacionados, así como para disminuir los riesgos asociados al mismo
- ✓ **6.2 Promoción de la Salud**
- ✓ 6.2.1.3 Orientar sobre medidas preventivas y conductas responsables para evitar y, en su caso, retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, así como los riesgos y daños asociados al consumo
- ✓ **6.2.2 En materia de participación comunitaria se debe:**
- ✓ 6.2.3.5 Definir los contenidos de los mensajes, de tal manera que:
  - ✓ 6.2.3.5.1 Sean claros, específicos, con datos actualizados y confiables, con fundamento en la evidencia científica, que eviten la estigmatización y que tengan un nivel de impacto y efectividad apropiados.
  - ✓ 6.2.3.5.2 Se dirijan a las necesidades, intereses y características de la población objetivo.
  - ✓ 6.2.3.5.3 No muestren la forma de administración de sustancias psicoactivas, ni a personas consumiéndolas, y
  - ✓ 6.2.3.5.4 Motiven la participación y toma de conciencia en acciones preventivas.

## CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### **3.1 Aspectos epidemiológicos del consumo de alcohol en adolescentes: ámbito Internacional, Nacional y Estatal.**

Entre los jóvenes de 12 a 18 años, el consumo de alcohol se relaciona significativamente con las principales causas de muerte (el homicidio en los hombres, el suicidio en las mujeres y los accidentes de tránsito en ambos sexos). De esta manera, las mayores tasas de mortalidad debida a estas causas ocurren en aquellos jóvenes que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol(46). La encuesta nacional de salud del 2012 confirma que es a partir de los 18 años que en México el consumo per cápita se eleva por encima de los promedios mundiales de consumo (8.7 litros por persona comparado con el 6.2 de promedio mundial)(58).

De acuerdo con los hallazgos de la OPS, contrario a lo que comúnmente se cree, el principal problema con el alcohol no es alcoholismo, sino el consumo explosivo y en condiciones de riesgo.

*“Señalar a unos cuantos bebedores problemáticos de las repercusiones sanitarias y sociales causadas por el alcohol conlleva a profundas implicaciones políticas y conduce a estrategias de respuesta ineficaces. El problema más grave es cuando la gente bebe demasiado en poco tiempo y en los lugares erróneos. Esto sucede con mayor frecuencia entre personas que no son alcohólicas. En América es más común que la gente beba para emborracharse y que esté expuesta a peligrosos patrones de consumo que en otras regiones”(59).*

Desde la perspectiva Internacional surgen dos planteamientos, el primero encaminando a la problemática del consumo exponencial, que en México se observa la mayor incidencia de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud entres los 18 y 29 años, y un segundo referido por la Organización Panamericana de la Salud como la condiciones de riesgo en las que se realiza el consumo sobre



todo si se considera que para Nayarit la edad de inicio en el consumo es los 13 años de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012(60), y en las zonas serranas de la entidad se inicia con el consumo desde los 9 años(61).

Se ha observado en México, durante los últimos años, una tendencia al alza en la prevalencia del consumo de alcohol en la población adolescente. De esta manera, de 1990 al 2002, entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad, la prevalencia del consumo de bebidas embriagantes durante 2009 se elevó del 27.6% al 30%(46). A pesar de que en México es ilegal el vender y/o distribuir bebidas alcohólicas a la población menor de 18 años, el consumo de alcohol entre los adolescentes mexicanos ocurre comúnmente. Lo anterior es particularmente notorio entre los adolescentes que radican en las zonas urbanas, quienes, en comparación con sus contrapartes de las comunidades rurales (14.0%), experimentan una prevalencia más elevada del consumo de alcohol durante 2009 (31.0%)(46).

Por cada mujer adolescente de 12 a 17 años que bebe de manera consuetudinaria, hay 1.9 mayores de 18 años que lo hacen, mientras que entre los hombres se reporta un adolescente por cada cinco adultos(47). De manera general, los niveles de consumo más altos en hombres y mujeres se registran en el grupo de edad que va de los 18 a los 29 años. La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) presentó el estudio "Patrones de Consumo de Alcohol en México 2012", liderado por Carlos Sojo, en el cual se indica que de manera individual los hombres mexicanos cuando beben consumen casi 8.4 litros anuales; mientras que las mujeres, 1.4 litros(62).

En un comparativo entre los datos emitidos por la OCDE (en el 2009 era de 9.1 litros al año, por persona) y el estudio de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (que exhibe un consumo de 8.4 litros) se refleja que la ingesta bajó 700 mililitros. En México, 46% de la población ha consumido alcohol y según las personas consultadas se iniciaron después de cumplir la mayoría de edad; sin embargo, la percepción ciudadana es que el problema comienza a los 13 años de edad(63).

De acuerdo a esta información se establece que es a partir de los 13 años en la edad en la que se tienen las primeras experiencias o el llamado primer contacto con el consumo de bebidas alcohólicas; que este aumenta drásticamente al cumplir los 18 años asociado a la edad legal para el consumo en México y que infiere que las representaciones hacia el consumo se configuran con mayor ambigüedad y multiplicidad entre los 13 y los 18 años.

En el estado de Nayarit, el 37.8% de su población adulta toma mínimo cinco copas cada vez. Esta entidad cuenta con el más alto porcentaje de mexicanos alcohólicos 11 de cada 100 que son dependientes(64). Tras publicarse la encuesta nacional de adicciones 2008, donde Nayarit aparece como primer lugar nacional en consumo de alcohol, se han alzado las voces de distintos sectores políticos, educativos y sociales para controlar este mal, que afecta a la juventud.

El incremento en la mortalidad en adolescentes es causado por accidentes automovilísticos en Nayarit desde el 2008 a la fecha, los conductores han ido alcoholizados de acuerdo a los datos proporcionados por el Centro Estatal Contra las Adicciones por lo que se incrementó en 90 por ciento a nivel nacional(65).

La institución informo que en lo que respecta al alcoholismo la media nacional es el 17 por ciento, sin embargo, Nayarit está por arriba de esta frecuencia con un 22 por ciento, al igual que lo está Morelos y Querétaro, es por ello que se tiene planeado hacer algunas estrategias para combatir el alcohol, con la finalidad de que haya una disminución en este sentido(65). De igual manera los informes señalan que los Municipios en donde el problema es mucho más fuerte, es San Blas, Bahía de Banderas y Tepic, así como también en la sierra se presenta este fenómeno a menor escala, pero igual de preocupante, puesto que hay niños que desde los 9 años se inician en este practica(61)

Es aquí donde se encuentra la posibilidad de explorar desde una perspectiva cultural y social la problemática en una población en riesgo considerando las estadísticas ya señaladas que indican que a partir de los 13 años la población urbana de la ciudad de Tepic vivencia el primer contacto con las bebidas alcohólicas

como consumidor, esto probablemente para algunos ambientes ocurra a edades más tempranas, aunque es posible que exista contextos simbólicos que favorables al consumo y que den pie al inicio de la práctica de consumo en contextos determinados a temprana edad. La presente propuesta está dirigida a indagar desde una perspectiva basada en los modelos de promoción en salud enfocados en las creencias existentes hacia el consumo de bebidas alcohólicas en la población de escolares de nivel secundaria sus dominios culturales implicados en el consumo de alcohol. Esta población de acuerdo a los lineamientos de la Secretaria de Educación Pública comprenden el rango de edad de 12 a 15 años(66).

Se propone la exploración de los dominios culturales hacia el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes en edad escolar que acuden a instituciones de educación secundaria publicas lo que corresponde en Nayarit a la edad comprendida entre los 12 y los 15 años de edad puesto que se entiende a la escuela como un espacio de socialización en el cual convergen ideas, pensamientos y acciones que configuran la forma de representar un fenómeno a nivel individual desde la colectividad(67); produciéndose esto a través de intercambios humanos, mediante herramientas cognitivas, socio-afectivas y comunicativas tanto para la construcción de identidad de los sujetos que en ella interactúan, como la construcción de identidad de la propia comunidad que genera y convoca adhesión; se propone como lugar de estudio a los jóvenes(68).

Un factor que orienta la presente investigación hacia el grupo de edad de 12 a 15 años es el enfoque denominado modelo anglosajón para la explicación de los patrones de consumo(53). Implica un consumo esporádico (una o dos veces al mes). Preferentemente se utilizan alcoholes de mayor graduación; el contacto con el alcohol se utiliza más tardíamente, fuera y lejos del contexto familiar; no está tolerado socialmente llegar a un estado de intoxicación, aunque frecuentemente es un objetivo en sí mismo.

Desde este modelo en el caso de Nayarit con base en los datos epidemiológicos que se han generado en adolescentes es posible determinar que justo en el rango de los 12 a los 15 años existen factores de riesgo asociados al consumo y que

precisamente dichos factores podrían ser determinantes en la generación de una representación social negativa aunque dada las características del grupo de edad y los mecanismos de incorporación a los endogrupos de su ambiente social, estas puedan minimizarse convirtiendo las expectativas hacia las ganancias sociales como de mayor impacto en la decisión consumir bebidas alcohólicas con la mediación de la presión social como factor de impacto.

Se propone realizar la exploración en los planteles de educación secundaria básica de carácter público en la ciudad de Tepic al considerar que en ella se concentra el mayor número de estudiantes que cursan este nivel educativo así como un universo más vasto de espacios y condiciones socio demográficas heterogéneas, lo que permitirá una muestra más diversa en cuestiones de matices y determinantes socioculturales en comparación a otros municipios o regiones del estado además de ser un punto donde convergen jóvenes con procedencia de múltiples localidades del estado.

Además que es en el ámbito escolar un espacio al cual los y las jóvenes dedican un promedio de 35 horas áulicas a la semana en el nivel de secundaria básico en instituciones públicas, donde la convivencia con los pares más allá del ambiente escolar configura y reafirma la identidad y el pensamiento a través de las crisis propias de la edad y de la mayor posibilidad de socializar fuera del contexto escolar con la aceptación de los padres(69).

Por tanto se plantea el uso de enfoques teóricos de carácter cultural para explorar los sistemas de pensamiento que presentan los adolescentes de 12 a 15 años en torno al consumo de bebidas alcohólicas; esto enfoques nos permitirá identificar las categorías que utiliza espontáneamente en su vida cotidiana para dar cuenta de la realidad entorno a la expectativa de consumir bebidas alcohólicas y explorar el contenido y la estructura de los dominios culturales hacia el consumo de alcohol que dan un orden lógico a nivel comunidad, esto con la finalidad de descifrar las formas del pensamiento social y la reacción como comunidad antes esta práctica que epidemiológicamente hablando lleva siglos presente.

## **CAPÍTULO IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

### **4.1 Cuestionamiento guía de la investigación**

Ante esta problemática se propone abordar este fenómeno social a través de la siguiente pregunta central de investigación:

**¿Cuáles dominios culturales hacia el consumo de bebidas alcohólicas existen en los adolescentes escolares de nivel secundario de la ciudad de Tepic Nayarit?**

## **CAPÍTULO V. JUSTIFICACIÓN**

### **5.1 Escenarios del consumo de alcohol en la adolescencia**

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, a partir de 2002, y el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2006 señalan que en el caso de México el consumo excesivo de alcohol se vincula con cinco de las diez principales causas de defunción en edad productiva, entre ellas: accidentes, patología cerebro vascular, cirrosis hepática, homicidios y lesiones en riñas (70).

Estos datos muestran un escenario en el que si bien, la incidencia hacia consumo dependiente y adictivo del alcohol es grave, añeja y todavía un creciente problema de salud pública del cual existe un corpus de conocimiento vasto en el ámbito de las ciencias modernas tanto del enfoque organicista o biológico con el estudio de las consecuencias positivas y negativas hacia el cuerpo humano y los diversos niveles de consumo. En el aspecto de las ciencias sociales el estudio de los factores de riesgo contextuales en relación a los aspectos favorecedores del consumo nocivo y dependiente dan certeza, de que no se ha explorado a profundidad todas las variables que comprenden la epidemiología tanto biológica y mucho menos del espectro social. El consumo de alcohol continúa siendo una urgencia de salud a nivel global, en México y sus regiones que implica esfuerzos basados en promociones con elementos más allá de los biológicos y educativos.

Sobre todo considerando que las diversas miradas de los enfoques científicos (biológico y social), han concentrado sus esfuerzos en la explicación del fenómeno desde la mirada de la patología, desatendiendo el fenómeno de los patrones de consumo normalizado en las diferentes regiones del mundo; particularmente en México en donde se han realizado investigaciones descriptoras de la frecuencia y factores sociodemográficos hacia la población con un corte epidemiológico que solo permiten conocer la dinámica del consumo pero que no aportan elementos para la racionalización profunda y la comprensión de todos los determinantes sociales de este problemática sanitaria.

El abordaje del consumo de alcohol precisa un acercamiento que deje de priorizar el aspecto orgánico y epidemiológico y que comience a tomarse en cuenta el proceso cognoscitivo: los simbolismos sociales acerca de este fenómeno, es decir las ideas de la gente, esto para constituir estrategia en materia de salud pública con elementos culturales que refuercen y mejoren los efectos de intervenciones en materia de promoción de la salud;

Además, es preciso aclarar que el estudio de los dominios culturales hacia el fenómeno de consumir alcohol, es considerada una de las herramientas emergentes en el campo de las ciencias de la salud pública y que por tanto son parte de las herramientas de aproximación de su objeto de estudio ya que la práctica del consumo de alcohol está definida en una buena parte en cada comunidad, espacio social o grupo de personas por sus contextos simbólicos y sus representaciones colectivas.

Las formas de interactuar hacia el alcohol, con base en su habitus en un plano meramente subjetivo que objetivizan y legitimarán a través de la práctica cotidiana, pudiera ser observable en los diferentes diálogos y ámbitos de socialización. La problemática se representa de manera cuantitativa por medio de los parámetros epidemiológicos que confirma el consumo de alcohol en México y en Nayarit como un urgente problema de salud pública que precisa alternativas como la de explorar

las construcciones culturales existentes en sus dominios para aproximarse a la realidad de la población de Tepic particularmente los escolares de nivel secundaria.

## **5.2 Dimensiones del problema sanitarias y económicas**

La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo más de dos mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas de modo regular. De estas, más de 76 millones son dependientes del alcohol y el 44% muestran dependencia severa cumpliendo con los síntomas físicos que marca el DSM-IV(58)

Algunas tendencias globales que pueden brindar un panorama epidemiológico mundial se incluyen a continuación:

- El consumo de alcohol y los problemas derivados están aumentando desde 1980 en todo occidente, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y la Europa oriental, así como los países en vías de desarrollo.
- El abuso y la dependencia del alcohol causan cerca de 2 millones de muertes (3.2% del total de muertes) anuales a nivel internacional y la pérdida de 58 millones de años de vida que las personas podrían vivir sanamente si no consumieran bebidas etílicas.
- El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes.
- Hace 10 años, de cada 7 hombres que pedían consulta por problemas relacionados con el alcohol, consultaban 3 mujeres. Hoy, la relación es de 6 hombres por 4 mujeres en promedio.
- Según la OMS, la cantidad de jóvenes que consumen alcohol a nivel mundial aumentó en 20%, en los últimos 10 años.
- En México, el grupo de edad que manifestó mayor incidencia fue de 18 a 29 años(58).

La Organización Mundial de la Salud refiere que, 18 condicionantes de muerte son parcialmente atribuibles al consumo de alcohol, es decir, pueden considerarse "riesgos relativos" asociados con diferentes niveles de consumo. Entre estos padecimientos, a nivel mundial destacan: pancreatitis en el hombre, cáncer de

mama en la mujer, lesiones por accidentes automovilísticos con presencia de alcohol, lesiones por otro tipo de accidentes bajo los influjos del alcohol (en la escuela, el trabajo, el hogar, etc.), lesiones por actos de violencia bajo los efectos del alcohol: riñas, golpes, agresiones con objetos punzocortantes, etc.), suicidio en estado alcohólico, envenenamiento por intoxicación etílica, cirrosis hepática, otro tipo de cáncer vinculado con hábitos alimentarios, enfermedad coronaria, infarto cerebral(58).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, en sus informes de investigación más recientes (2004, 2005, 2006, 2007, 2008), también enfatiza que en las Américas, el alcohol pesa mucho en la carga de enfermedad, por lo que insta a tomar urgentes medidas para reducir el consumo(59).

El alcohol por sí mismo contribuye en las Américas a más enfermedades y muertes que cualquier otro factor de riesgo para la salud, incluyendo el tabaquismo y la obesidad. Cada dos minutos muere una persona por causa del alcohol en las Américas. Su consumo contribuye a más de 60 patologías sanitarias tales como síndrome de alcoholismo fetal, cáncer, enfermedades cardíacas y hepáticas, trastornos mentales, violencia doméstica y callejera, o lesiones y muertes en el tráfico vial. El alcohol es un problema de salud pública en todo el mundo, pero en las Américas es aún mayor que en otras regiones. El consumo promedio en América del Norte, Centroamérica, América del Sur y el Caribe es de 8,7 litros por persona por año, un 40% más que el promedio mundial de 6,2 litros(59).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) efectuada en el año 2008 en México, más del 90% de la población mayor de edad mencionó haber bebido alcohol por lo menos alguna vez en su vida(71).

- Ocho de cada mil mexicanos informaron beber alcohol todos los días, en proporción de 7.5 hombres por cada mujer. La frecuencia de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años, que en aquellos que tienen entre 18 y 29.



- El patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. Casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades.
- Casi 4 millones beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (uso consuetudinario). Este tipo de consumo es más frecuente en hombres que en mujeres: 5.8 hombres por cada mujer. Sin embargo, entre ellas, esta forma de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes.
- La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años).
- Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad. Estos resultados indican que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta.
- La proporción de la población que presenta abuso o dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4, 168,063) cumple con los criterios para este trastorno; de ellos, tres y medio millones son hombres y poco más de medio millón son mujeres(72)

Uno de cada 10 pesos que gasta el Gobierno Federal en salud, se destina a tratar padecimientos asociados al abuso del alcohol(72) De las 4,355 defunciones debidas al consumo de drogas, las debidas al uso de alcohol ocuparon el primer sitio con una tasa de 55.9 por millón de habitantes mayores de quince años de edad, abarcando 87.5% de las defunciones debidas al uso sustancias tóxicas.

Desde la perspectiva cultural y con la evidencia de los datos epidemiológicos que caracterizan el consumo de bebidas alcohólicas en México y en Nayarit es probable

que en la construcción social de las comunidades existan posiciones culturales positivas hacia el consumo que faciliten la aceptación de la práctica incorporándose fácilmente a su habitus. Dicha construcción tomando un punto de vista a apriorístico pudiera ser a favor o en contra, pero es posible que tome forma vivencial a partir del primer contacto directo o indirecto con las bebidas alcohólicas.

De acuerdo a declaraciones de la responsable del Centro Estatal Contra las Adicciones del estado de Nayarit en el periodo 2005-2011 se documenta en informes realizados por la dependencia en el 2008 que el primer contacto en las áreas urbanas del estado se produce entre los 13 y los 16 años(61)

Esto hace probable el hecho de que en ese rango de edad los acontecimientos que se producen en la vida diaria entorno al consumo de alcohol derivan en un cúmulo de información, comentarios que los adolescentes producen y escuchan, conversaciones entre pares y fuera del contexto de los compañeros y el establecimiento de relaciones con los mismos con alto nivel de subjetividad y ambigüedad, lo que favorece la posibilidad de que cada adolescente configure su propia opinión y elabore su particular visión sobre el consumo de alcohol , pero esto no hace que dicha construcción sea puramente individual; La influencia de los diversos grupos sociales que interactúan alrededor del joven así como la adscripción a diversos grupos constituyen las principales fuentes de determinación que inciden en la elaboración individual de la realidad social hacia la actividad de consumir alcohol y la decisión hacia el estilo de vida entorno a dicha práctica, por lo que se generan visiones compartidas e interpretaciones similares a lo que significa "beber alcohol"(52).

Es así como se plantea la posibilidad de que sea la etapa comprendida entre los 12 y los 15 años como el punto neurálgico de configuración de las construcciones sociales hacia el consumo de alcohol donde los dominios culturales positivos o negativos en los adolescentes hacia el consumo de alcohol y es en esa misma etapa hacia donde se pueden orientar los esfuerzos y actividades en pro de una cognición

negativa que promueva la construcción los mensajes y las ideas que sean mayormente asociadas como negativas y que aporten información y lenguaje en sintonía con las categorías de construcción social tanto positivas o negativas que en los y las adolescentes Tepicenses existen en torno a la práctica de consumir alcohol.

### **5.3 Problemáticas de la promoción de la salud ante enfermedades no transmisibles en la práctica cotidiana**

Algunas de las problemáticas a las que se enfrentan los países latinoamericanos al momento de emplear metodología para la construcción de promociones en salud es a el uso de conceptos "prestados" de países que tienen realidades y contextos diferentes(73). Esto ha generado debates en lo que se concluye que no se deben emplear para todos los casos y en todos los momentos modelos foráneos.

Esto plantea un escenario y a la vez una necesidad de identificar los componentes esenciales del medioambiente donde se pretende aplicar la promoción y así tener elementos teóricos y culturales que orienten la práctica tomando siempre las consideraciones y variabilidad social, política y económica de cada región.

Otro de los errores particulares en la ejecución y construcción de programas de promoción es que la mayoría se toman en intervenciones y evaluación orientadas a la prevención y control, a través de cambios en el comportamiento individual(17). Poco se sabe sobre la efectividad de las prácticas para aumentar la capacidad para la toma de decisiones y actuar al modificar situaciones y contextos adversos y promover estructuras y practicas saludables en lo colectivo.

Esto permite plantear la presente propuesta orientada a identificar los sistemas lógicos de pensamiento empleados como dominios culturales hacia el consumo de bebidas alcohólicas, como una oportunidad para generar conocimiento hacia las normas subjetivas hacia esta comportamiento en un contexto escolar identificado las pautas sociales implantadas y partir de estas como orientadoras de la construcción de una propuesta de promoción de salud que permita si es el caso

disminuir y/o controlar el consumo desde una perspectiva intrínseca y con el apoyo de la autonomía de los adolescentes.

## **CAPÍTULO VI. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **6.1 Objetivo general de la investigación**

La presente propuesta tiene como objetivo general:

- **Identificar los dominios culturales hacia el constructo bebidas alcohólicas en adolescentes escolares de 12 a 15 años de la ciudad de Tepic Nayarit**

Como objetivos específicos:

- Identificar diferencias significativas en función del sexo.
- Categorizar los dominios culturales existentes.

## **CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA**

### **7.1 La antropología cognitiva como herramienta de aproximación a los dominios culturales hacia el consumo de alcohol**

La antropología cognitiva fue desarrollada como un conjunto de métodos y técnicas para recoger las clasificaciones folk de la naturaleza (clasificaciones realizadas desde culturas diferenciadas) desde las ciencias sociales(74). El objeto de las técnicas de la antropología cognitiva es el de representar los sistemas lógicos de pensamiento de una cultura a través de una serie de técnicas que puedan ser replicadas y que proporcionen datos potencialmente analizables de forma sistemática.

Así la antropología cognitiva proporciona métodos capaces de identificar las normas lógicas que organizan la manera de concebir los universos de significados, las dimensiones materiales, los eventos y las conductas en contextos determinados, y

por otra parte, permite sistematizar y comparar esta información a través de diferentes culturas o grupos humanos(74).

Estas técnicas se clasifican dentro de las denominadas etnociencias que tienen por objetivo elaborar una metodología para la investigación desde una perspectiva Emic que como se revisó anteriormente hace referencia a la investigación hecha al interior de la propia cultura y con el punto de vista de las personas y no del investigador que concuerda con la orientación de esta propuesta de investigación.

Los estudios semánticos basados en la lingüística se orientan a la búsqueda de gramática (símbolos primitivos) expresados por el lenguaje los cuales producen numerosas taxonomías y modelos con menos influencia del investigador, produciendo una organización cognitiva (normas y reglas estructuradas) de un fenómeno material que para la presente propuesta es representado por el consumo de bebidas alcohólicas.

En este sentido el estudio de los modelos culturales o modelos folk intentan recoger las taxonomías como complejos de organización de la percepción de los sujetos, así del enfoque lingüístico inicial se adjunta la exploración de variables como el consenso, la motivación, las emociones y la internalización de la cultura durante el proceso de socialización(74).

Así como la promoción de la salud se considera una propuesta de carácter dinámico y la socialización dinamiza los sistemas lógicos de pensamiento, esta técnica concibe al mundo como un "sistema de partes cambiantes" en lugar de un todo global; la cultura se representa en la mente, esta esquematizada en diferentes unidades cognitivas que pueden ser analizadas: categorías, prototipos, categorías, esquemas y proposiciones. El objetivo se centra entonces en describir como los esquemas culturales se exteriorizan y determinan en una parte la conducta y la acción(74).

Los elementos que consideran las técnicas de la antropología cognitiva son: taxonomía folk, dominio cultural, modelo cultural folk y teoría del consenso.

- ✓ Las taxonomías folk: consisten en objetos, fenómenos o sucesos organizados a partir de un criterio inclusión.
- ✓ El modelo cultural folk: es un marco interpretativo compartido por los miembros de un mismo grupo, se consideran estructuras maleables afectadas y conectadas a las respuestas emocionales que dan significado a las experiencias, eso es lo que permite que las personas consideren su simbolismo o su creencia sobre el mundo que los rodea naturales. La ventaja es que estos modelos pueden ser alterados de forma consciente.
- ✓ El dominio cultural: es un conjunto de ítems del mismo tipo relacionados por una estructura interna de relaciones que son complejas pero se relacionan de forma coherente en una cultura dada. Los ítems que conforman este dominio son los que evoque y enumere el informante a partir de una evocación libre.

Sus características son:

- existe independientemente del individuo ya sea en lenguaje la cultura o la realidad
- Debe ser más o menos compartido por los integrantes de la misma cultura
- Se refiere a percepciones más que a preferencias personales

Dentro del dominio se producen relaciones complejas entre los ítems que pueden clasificarse como: de similitud, de co-ocurrencia, semánticas y de atributo único.

Además, si el atributo elegido no es aplicable a todos los ítems del mismo dominio se puede sospechar que no todos los elementos están al mismo nivel

comparativo, y por tanto, se puede suponer la existencia de diferentes subdominios.

- ✓ La teoría del consenso: describe como algunas creencias culturales son compartidas, para ello busca formar agregados de respuestas de diversos informantes que representen, de forma sintetizada, un conocimiento válido y compartido, y a partir de ahí, permite al investigador, determinar el nivel de conocimiento que un informante posee sobre un dominio cultural(74). Pero además permite descubrir las respuestas “correctas” respecto a una esfera de conocimiento determinada considerando la variabilidad intracultural. Es decir, el objetivo principal como técnica es el de encontrar un patrón de acuerdo o consenso entre las respuestas de diversos informantes para inferir posteriormente su nivel de conocimiento sobre el tema.

### **7.1.1 Consideraciones éticas de la técnica de la antropología cognitiva**

En la investigación empleando técnicas de la antropología cognitiva, se tuvo en cuenta las consideraciones bioéticas para el estudio con personas y comunidades:

- Intentar beneficiar a la población estudiada a través de un mejor conocimiento de su cultura o de sus condiciones de vida.
- Comunicar los objetivos de la investigación y del investigador.
- Obtener información de forma voluntaria y dar retroalimentación de los resultados alcanzados(74).

En este sentido queda claro que el empleo de las técnicas que proporcionan la antropología cognitiva cuenta con coherencia en su epistemología relacionadas con la teoría del construccionismo social y la propuesta de promoción de la salud basada en las creencias en salud de Pender; además permiten cumplir los objetivos y dar respuesta a la pregunta que orienta la presente propuesta de investigación. Permite abordar el lenguaje e identificar y categorizar los dominios culturales que funcionan

como marco de los sistemas lógicos de funcionamiento hacia el consumo de alcohol.

## **7.2 Tipo de estudio y diseño general**

A fin de responder tanto a la interrogante de investigación, como a los objetivos planteados en la presente propuesta se realizó un tipo de investigación transversal de carácter descriptivo, esto permitió identificar los dominios culturales a través de una recogida de datos en un solo momento de tiempo, y permitió describir las características del contexto a estudiar con una postura emic es decir proporcionada desde los propios sujetos limitando los sesgos del investigador

Amparados bajo el diseño de investigación denominado cualitativo etnográfico (75) se realizó una investigación bajo los postulados de la etnografía sistemática(76) o también conocida como antropología social. El objeto de la etnografía es la descripción de los significados que las personas utilizan para comprender su mundo. El eje central de esta corriente es definir la estructura de la cultura y aporta esquemas de las formas características sobre cómo la gente organiza su conocimiento(76)

La investigación cualitativa dota de profundidad a los datos, la dispersión, la riqueza interpretativa, la contextualización del ambiente o entorno, los detalles y las experiencias únicas. También aporta un punto de vista "fresco, natural y holístico" de los fenómenos, así como flexibilidad(75).

En ese sentido se utilizaron dos técnicas para la fase de estudio de los dominios culturales a través del lenguaje, las cuales permitieron sistematizar la información encontrada estas técnicas pertenecen al grupo de la ya revisada antropología cognitiva o etnografía sistemática(76) son: el free listing (listado libre) y el pile sort (clasificación en pilas).



### **7.3 Técnicas para la recopilación de información**

#### **7.3.1 El free listing o listado libre**

La técnica de listado libre propone que, a partir de un término inductor, se les pide a las personas que produzcan términos que se relacionen. El carácter espontáneo (por tanto, menos controlado) y la dimensión proyectiva de esa producción deberían permitir tener acceso, mucho más rápido y práctico que a través del método de entrevista a los elementos que constituyen el universo semántico del término u objeto estudiado que para este caso será la consumición de bebidas alcohólicas. La asociación libre permite actualizar elementos implícitos o latentes que serían ahogados o enmascarados en las producciones discursivas (31).

#### **7.3.2 El pile sor o clasificación de pilas**

Para la segunda fase se empleó la técnica de sorteo por montones para la también llamado pile sorting en donde se les proporcionaron a los sujetos una lista con los términos que se recopilaban de los y las informantes y se les pidió que formen grupos de palabras que para ellos fueran parecidas sin importar el número de grupos generados

### **7.4 Análisis de los datos**

Los datos generados en las dos fases fueron tabulados y analizados a través del software Anthropac v.4.9. La captura de la información en este software implica una codificación a fin de obtener el análisis de consenso de los datos cualitativos recolectados.

### **7.5 Población y muestra**

En el caso de la muestra fue constituida por estudiantes entre 12 a 15 años que cursen el nivel secundario básico en escuelas públicas de la ciudad de Tepic, siendo una población de tipo no relacionada, es decir de diferentes grados en las tres fases del estudio, esta metodología de muestreo obedece a la metodología del consenso cultural, la cual requiere que el estudio tenga una correlación promedio entre los informantes diferentes.

El número de informantes para la fase de aplicación de las técnicas de la antropología cognitiva se basó en la premisa de a mayor consenso, menos individuos necesarios, para Weller & Romney tratando de incorporar informantes de características diversas.

"Para la determinación del tamaño de la muestra el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney, Batchelder y Weller(77) para el estudio de patrones culturales; los autores sugieren un tamaño mínimo de 30 informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de 0.5 y un nivel de confianza de .95, a través de un tipo de muestreo de conveniencia (75)"

Bajo este supuesto metodológico se eligió en forma propositiva no probabilística dado el conocimiento existente de la población quedando distribuidos como se muestra en la tabla 1 y tabla 2.

### **Tabla 1**

*Representación de la conformación de la muestra en base a la accesibilidad al momento de la aplicación para listado libre.*

|   |
|---|
| 48 adolescentes hombres turno matutino para ambas fases   |
| 48 adolescentes hombres turno vespertino para ambas fases |
| 50 adolescentes mujeres turno matutino para ambas fases   |
| 46 adolescentes mujeres turno vespertino para ambas fases |

### **Tabla 2**

*Representación de la conformación de la muestra en base a la accesibilidad al momento de la aplicación para el sorteo por montones*

|   |
|---|
| 48 adolescentes hombres turno matutino para ambas fases   |
| 48 adolescentes hombres turno vespertino para ambas fases |
| 50 adolescentes mujeres turno matutino para ambas fases   |
| 46 adolescentes mujeres turno vespertino para ambas fases |

### **7.5.1 Universo de la muestra**

Dentro del universo de instituciones de educación secundaria de carácter público se eligió tener como universo de la muestra un centro educativo ubicado en una zona que permita concentrar adolescentes de diferentes zonas sociodemográficas del municipio. La intención radica en caracterizar los dominios culturales contemplando las consideraciones del modelo de promoción de la salud de Pender, donde la influencia de los aspectos sociodemográficos cobra relevancia en la configuración de las creencias.

La escuela secundaria Severiano Ocegueda Peña de Tepic está conformado por 1007 estudiantes divididos en los tres grados académicos correspondientes y en dos turnos denominados matutino y vespertino, cuenta con cinco aulas para cada grado y en cada turno, en total 30 grupos con una media de 33 estudiantes por grupo y 335 estudiantes por grado siendo la tercera escuela de mayor concentración de estudiantes en el estado de Nayarit. Esta se encuentra ubicada en la colonia popular Sandino, un asentamiento clasificado dentro del rango D del INEGI es decir un asentamiento con índices significativos de pobreza(78). Cuenta con un índice de reprobación en el turno matutino del 12.25% y un índice de abandono del 4.78%, para el turno vespertino el índice de reprobación corresponde al 21.7% y el índice de abandono escolar es del 35.53%(66).

Basada en el principio de universo heterogéneo en el planten se concentran jóvenes de diversos extractos socioeconómicos además de provenir de diversos contextos barriales entre ambos turnos se encuentra una diversidad de extractos ya que asisten jóvenes de diversas zonas sociodemográficas de la ciudad de Tepic mostrando(78) posibles contrastes de contexto social, se exploraron las dimensiones culturales considerando los aspectos sociodemográficos en los que se encuentra inmersa la institución.

Por lo cual para la fase de listados libres y con base en el muestreo por conveniencia se seleccionaron las cantidades descritas en la tabla 1 y tabla 2 tomando en cuenta

una representatividad mínima de 30 sujetos y máxima de 50 para cada turno en ambas fases para corresponder a un nivel de confianza .95 y un porcentaje de eficiencia cultural descrita por los autores ya citados de 0.5 de los cuales se tuvo representatividad por genero equitativa: 192 sujetos conformarán los listados libres, y 192 más para la clasificación en pilas.

## **CAPÍTULO VIII. ANALISIS DE RESULTADOS**

El análisis de los datos busca dar respuesta a la identificación de los dominios culturales existentes entre los adolescentes hacia el constructo bebidas alcohólicas por lo cual se presenta las dos fases de la técnica de antropología cognitiva previamente descrita.

### **8.1 Listado libres**

Durante esta etapa se lograron identificar las palabras mencionadas ante la mención del constructo "bebida alcohólica" para cada uno de los cuatro grupos encontrando los siguientes datos:

Para el turno matutino se efectuaron 48 entrevistas a hombres, recopilándose 132 palabra, las cuales fueron sometidas al análisis mediante el software de consensos culturales Anthropac v.4.9 y posteriormente a una recategorización semántica considerando los significados atribuidos a las diversas palabras y sus similitudes. Mediante esta recategorización de los ítems, se obtuvieron 105 palabras para este grupo de las cuales se tomaron 19, tomándose el criterio de tener una saliencia o resultado más sobresaliente de .030 o mayor y/o una frecuencia mayor al 10 % las cuales fueron las que se describen en tabla 3.

**Tabla 3.**

*Conceptos más sobresalientes relacionados a bebidas alcohólicas en hombres de secundaria turno matutino.*

| Ítem       | Frequency (%) | Average Rank | Saliency |
|------------|---------------|--------------|----------|
| Borracho   | 50,3          | 1,99         | 0,401    |
| Fiesta     | 47,2          | 2,59         | 0,321    |
| Cerveza    | 25,9          | 2,34         | 0,188    |
| Locuras    | 15,5          | 2,57         | 0,106    |
| Alcohólico | 14,0          | 2,63         | 0,092    |
| Peleas     | 15,0          | 3,24         | 0,083    |
| Vino       | 11,4          | 2,82         | 0,073    |
| Accidentes | 11,4          | 3,45         | 0,058    |
| Problemas  | 11,9          | 3,61         | 0,055    |
| Amigos     | 9,8           | 3,32         | 0,053    |
| Cruda      | 9,3           | 3,33         | 0,050    |
| Vicio      | 6,2           | 2,08         | 0,049    |
| Mujeres    | 6,7           | 2,54         | 0,047    |
| Bebedor    | 6,7           | 2,62         | 0,044    |
| Drogas     | 5,2           | 2,40         | 0,037    |
| Borrachera | 7,3           | 3,43         | 0,036    |

|            |     |      |       |
|------------|-----|------|-------|
| Drogadicto | 6,7 | 3,46 | 0,034 |
| Daño       | 6,2 | 3,42 | 0,032 |
| Tequila    | 5,7 | 3,18 | 0,032 |

---

Para el turno vespertino, en los hombres, se realizaron 48 entrevistas recopilándose 120 palabras las cuales fueron sometidas a mismo análisis, disminuyendo así a 102 palabras, de las cuales sobresalen las que se revisan en la tabla 4.

**Tabla 4.**

*Conceptos más sobresalientes relacionados a bebidas alcohólicas en hombres de secundaria de turno vespertino*

| Ítem       | Frequency (%) | Average Rank | Saliency |
|------------|---------------|--------------|----------|
| Borracho   | 42,9          | 1,94         | 0,348    |
| Fiesta     | 35,7          | 2,40         | 0,254    |
| Muerte     | 26,2          | 2,00         | 0,210    |
| Accidentes | 11,9          | 3,80         | 0,052    |
| Malo       | 9,5           | 2,50         | 0,067    |
| Caguamas   | 9,5           | 3,00         | 0,057    |

|            |     |      |       |
|------------|-----|------|-------|
| Peleas     | 9,5 | 3,25 | 0,052 |
| Amigos     | 9,5 | 2,25 | 0,071 |
| Diversión  | 9,5 | 4,50 | 0,022 |
| Borrachera | 7,1 | 2,33 | 0,052 |
| Cruda      | 7,1 | 4,00 | 0,029 |
| Fiestas    | 7,1 | 2,33 | 0,052 |
| Cerveza    | 7,1 | 3,33 | 0,038 |
| Drogadicto | 7,1 | 3,00 | 0,043 |
| Adicto     | 4,8 | 5,00 | 0,010 |
| Familiares | 4,8 | 3,50 | 0,024 |
| Alcohólico | 4,8 | 2,00 | 0,038 |
| Pisto      | 4,8 | 2,50 | 0,033 |
| Peda       | 4,8 | 1,50 | 0,043 |
| Problemas  | 4,8 | 4,00 | 0,015 |
| Enfadoso   | 4,8 | 3,50 | 0,024 |
| Violencia  | 2,6 | 3,20 | 0,014 |
| Amargo     | 3,1 | 3,17 | 0,017 |
| Bebedor    | 6,7 | 2,62 | 0,044 |
| Grosero    | 2,4 | 4,00 | 0,010 |

---

Para el turno matutino en lo que corresponde a las mujeres se realizaron 50 entrevistas recopilándose 105 términos y al hacerse la recategorización se obtuvieron 80 palabras para este grupo de las cuales se tomaron 25 palabras a como más sobresalientes los cuales se revisan en la tabla 5.

**Tabla 5**

*Conceptos más sobresalientes relacionados a bebidas alcohólicas en mujeres de secundaria del turno matutino*

| Ítem       | Frequency (%) | Average Rank | Saliency |
|------------|---------------|--------------|----------|
| Fiesta     | 47,9          | 1,96         | 0,388    |
| Borracho   | 35,4          | 1,47         | 0,321    |
| Cerveza    | 27,1          | 1,54         | 0,242    |
| Bebedor    | 20,8          | 2,00         | 0,167    |
| Pisto      | 18,8          | 2,78         | 0,121    |
| Peleas     | 12,5          | 3,50         | 0,063    |
| Adicción   | 12,5          | 2,00         | 0,100    |
| Dinero     | 12,5          | 3,50         | 0,063    |
| problemas  | 12,5          | 3,83         | 0,054    |
| Diversión  | 10,4          | 4,00         | 0,042    |
| borrachera | 8,3           | 3,75         | 0,038    |
| Vino       | 8,3           | 3,25         | 0,046    |
| Desmadre   | 8,3           | 4,00         | 0,033    |



|            |     |      |       |
|------------|-----|------|-------|
| Cruda      | 6,3 | 3,33 | 0,033 |
| Desvelada  | 6,3 | 4,33 | 0,021 |
| accidentes | 6,3 | 2,67 | 0,042 |
| alcohólico | 6,3 | 2,00 | 0,048 |
| Fiestas    | 6,3 | 4,67 | 0,017 |
| Wiski      | 6,3 | 3,33 | 0,033 |
| Locura     | 4,2 | 3,50 | 0,021 |

---

Ahora bien, en las mujeres de turno vespertino se realizaron 46 entrevistas recopilándose 85 palabras y al recategorizarse por similitudes se obtuvieron 70 palabras para este grupo de las cuales se tomaron 20 palabras por su relevancia, las cuales se revisan en la tabla 6.

#### **Tabla 6.**

*Conceptos más sobresalientes relacionados a bebidas alcohólicas en mujeres de secundaria de turno vespertino.*

| <b>Ítem</b> | <b>Frequency (%)</b> | <b>Average Rank</b> | <b>Saliencia</b> |
|-------------|----------------------|---------------------|------------------|
| Fiesta      | 34,9                 | 2,20                | 0,265            |
| Borracho    | 32,6                 | 1,71                | 0,279            |
| Cerveza     | 30,2                 | 2,31                | 0,223            |

|               |      |      |       |
|---------------|------|------|-------|
| Muerte        | 30,2 | 2,92 | 0,186 |
| enfermedades  | 23,3 | 3,40 | 0,119 |
| Diversión     | 16,3 | 2,57 | 0,112 |
| Vino          | 16,3 | 2,29 | 0,121 |
| problemas     | 16,3 | 4,14 | 0,057 |
| Amigos        | 14,0 | 3,17 | 0,079 |
| accidentes    | 11,6 | 4,00 | 0,047 |
| Peleas        | 9,3  | 4,00 | 0,036 |
| Malo          | 7,0  | 3,33 | 0,037 |
| Cruda         | 7,0  | 4,00 | 0,028 |
| Alcohólico    | 7,0  | 2,67 | 0,047 |
| Pisto         | 7,0  | 2,67 | 0,047 |
| Caguamas      | 7,0  | 2,00 | 0,056 |
| Felicidad     | 7,0  | 3,33 | 0,037 |
| Irresponsable | 5,7  | 2,89 | 0,059 |
| Familia       | 4,7  | 3,67 | 0,222 |
| Daño          | 4,7  | 3,00 | 0,028 |

---

De acuerdo a estos listados, se realizó el análisis cualitativo agrupándose las palabras en el núcleo central del consenso cultural y los elementos cercanos.

En las tablas 7 y 8 se puede observar que en todos los subgrupos las bebidas alcohólicas evocan a un *borracho que se ha ido de fiesta y ha tomado cerveza*. Este constructo se considera como el núcleo central del dominio cultural.

Cabe hacer el análisis que se habla en masculino, esto indica que las mujeres no asumen los riesgos a la adicción de alcohol o que no consideran que para el grupo de edad evaluado que comprende entre los 12 y 15 años sean las mujeres partícipes del consumo de bebidas alcohólicas de manera recurrente o como una conducta generadora de conflicto o problemas. Esto es que están más alejadas de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas en la vida cotidiana.

Ahora bien, también se denota que la palabra *muerte* solo aparece en los grupos del turno vespertino, esto parece indicar que estos grupos han tenido mayor referencia a problemáticas más severas asociadas al consumir bebidas alcohólicas. Además, la palabra enfermedad únicamente es expresada en el grupo femenino del turno vespertino lo que permite asociar que han experimentado o percibido en su entorno problemáticas de salud biológica complicadas u originadas por el consumo de bebidas alcohólicas, quizás en su familia o comunidad.

Así también, en relación a las circunstancias en las que se toma alcohol, estos conceptos indican que la influencia de los grupos de amigos para los cuatro grupos son los que incitan a esta acción, que se puede convertir en una *locura juvenil* expresada con palabras como "*desmadre*", "*diversión*". Esto es una respuesta a la naturalización que se hace del consumo de bebidas alcohólicas en nuestra cultura, en los festejos tanto familiares como sociales.

También al hacer el análisis de la tabla 4 y al estructurar la tabla 6, se revisa que en este subgrupo se tiene menor consenso en cuanto a la estructura del constructo bebidas alcohólicas, incluso en las mujeres de turno vespertino es el único subgrupo que alude a la familia y consideran que es entorno a los familiares particularmente tíos y padres, donde se provoca el consumo, y es la cerveza al igual que sus pares del turno vespertino hombres la bebida que tienen más asociada al constructo bebida alcohólica particularmente la denominada "*caguama*".

Entre las mujeres del turno matutino se observa que el constructo se *orienta a los* ambientes festivos entre pares donde son los hombres quienes la compran, la consumen y conlleva un ambiente de locura, diversión y que desarrolla o provoca conflictos o pleitos entre los propios hombres que consumen bebidas alcohólicas.

Para los hombres del turno matutino es el vino con lo que asocian la instrumentación del concepto e implica el conseguir dinero y a su vez un aspecto asociado a relaciones sociales que posibiliten conseguir pareja y dentro de los inconvenientes se expresa las peleas o los accidentes como situaciones consecuentes al constructo bebida alcohólica.

Se visualiza que en los grupos de hombres y mujeres del turno matutino no se hacen expresiones de alto consenso hacia la bebida alcohólica asociadas a problemáticas de salud pública como enfermedades, muertes o adicciones situación que si es significativa para los hombres y mujeres del turno vespertino, además de que para los grupos matutinos son bebidas alcohólicas diferentes a la cerveza lo que genera en sus construcciones y no se expresan palabras asociadas a conflictos más allá de las riñas.

Para hombres y mujeres del turno vespertino las expresiones son más significativas orientadas a situaciones conflictivas problemáticas e inclusive la valoración es considerada mala hacia las bebidas alcohólicas.

### **Tabla 7**

*Estructura del consenso cultural de bebida alcohólica en hombres estudiantes de secundaria diferenciado por turnos de estudio.*

| <b>Concepto</b> | <b>Hombres matutinos</b>    | <b>Hombres vespertinos</b> |
|-----------------|-----------------------------|----------------------------|
| núcleo central  | Borracho, fiestas, cervezas | Borracho, fiesta, muerte   |

|                       |                    |   |  |
|-----------------------|--------------------|---|--|
| Elementos cercanos    | Valoración         | Locuras                                   | Malo   |
|                       | circunstancias     | Amigos                                    | amigo, fiesta                                    |
|                       | consecuencias      | peleas, accidentes, Problemas, alcohólico | accidentes, peleas, borrachera (peda) drogadicto |
|                       | instrumentación    | Vino                                      | Caguama  |
| Elementos periféricos | Aspectos asociados | Mujeres, dinero                           | Violencia, groserías, enfadoso                   |

**Tabla 8**

*Estructura del consenso cultural de bebida alcohólica en mujeres estudiantes de secundaria diferenciado por turnos de estudio.*

| Concepto           |                 | Mujeres matutino                               | Mujeres vespertino          |
|--------------------|-----------------|--|-----------------------------|
| núcleo central     |                 | Fiestas, Borracho, cervezas                    | Borracho, Fiestas, cervezas |
| Elementos cercanos | Valoración      | Bebedor  | Enfermedad                  |
|                    | circunstancias  | Dinero   | Amigos, diversión           |
|                    | consecuencias   | Adicción, peleas, dinero (falta de), problemas | Muerte                      |
|                    | instrumentación | Pisto  | Vino                        |

|                       |                                       |  |                          |
|-----------------------|---------------------------------------|--|--------------------------|
|                       | Grupo en que se puede dar la conducta | Hombres                                  | Familia                  |
| Elementos periféricos | Aspectos asociados                    | Desmadres, desveladas, diversión, locura | Malo, peleas y problemas |

### 8.2 Apilamiento por montones.

Una vez realizado la revisión de cuáles eran las palabras con mayor consenso se efectuó el análisis del proceso de apilamiento por montones, los cuales fueron con el mismo software de Anthropac. Recordando que en esta fase las mismas palabras eran apiladas o conjuntadas por la misma muestra de participantes, se encuentran las medidas de estrés relevantes para cada grupo que se muestran en la tabla 7, encontrando que en efecto las mujeres que acuden al turno vespertino son el grupo que no muestran un consenso cultural con respecto al constructo estudiado por lo que es más polarizada su construcción cultural por lo que la fuerza de sus categorías hacia la bebida alcohólica no queda consolidada, ni sus dominios culturales están plenamente consolidados.

Con la comparación de estas figuras y los listados libres se efectuaron las tablas 5 y 6 en donde se indica el núcleo central, elementos cercanos y periféricos del consenso cultural sobre el constructo en investigación.

### Tabla 9.

*Medidas de stress de los clústeres obtenidos a través del apilamiento por montones*

| Stress | Hombres Matutino | Hombres vespertinos | Mujeres Matutino | Mujeres vespertino |
|--------|------------------|---------------------|------------------|--------------------|
|        | .147             | .119                | .145             | .074               |

Nota=según Sturrock y Rocha (2000) el valor máximo es de 0.189 para 20 objetos o más que se evalúan para considerarse que sí hay consenso cultural en los grupos

En la figura 1 se refleja el resultado de clústeres de los hombres de turno matutino, en donde se conforman cinco conjuntos, en esta nueva conjunción emergen nuevos elementos para conformar los aspectos periféricos de la estructura representativa del consenso.

Así se encuentra con mayor claridad que ellos las consecuencias son los problemas como los accidentes, peleas y por consecuencia el daño para sí y para los otros.

Dentro la periferia se encuentra también que se asocia que en estos eventos de fiesta en donde se hacen locuras con los amigos, hay mujeres para divertirse, pero que también ocupan dinero para que esto ocurra.

El informante no. 20 muestra las respuestas típicas y se identifica como aquel que refleja el consenso cultural del grupo, los clústeres se fueron nombrando de acuerdo a la evocación del conjunto por este participante.

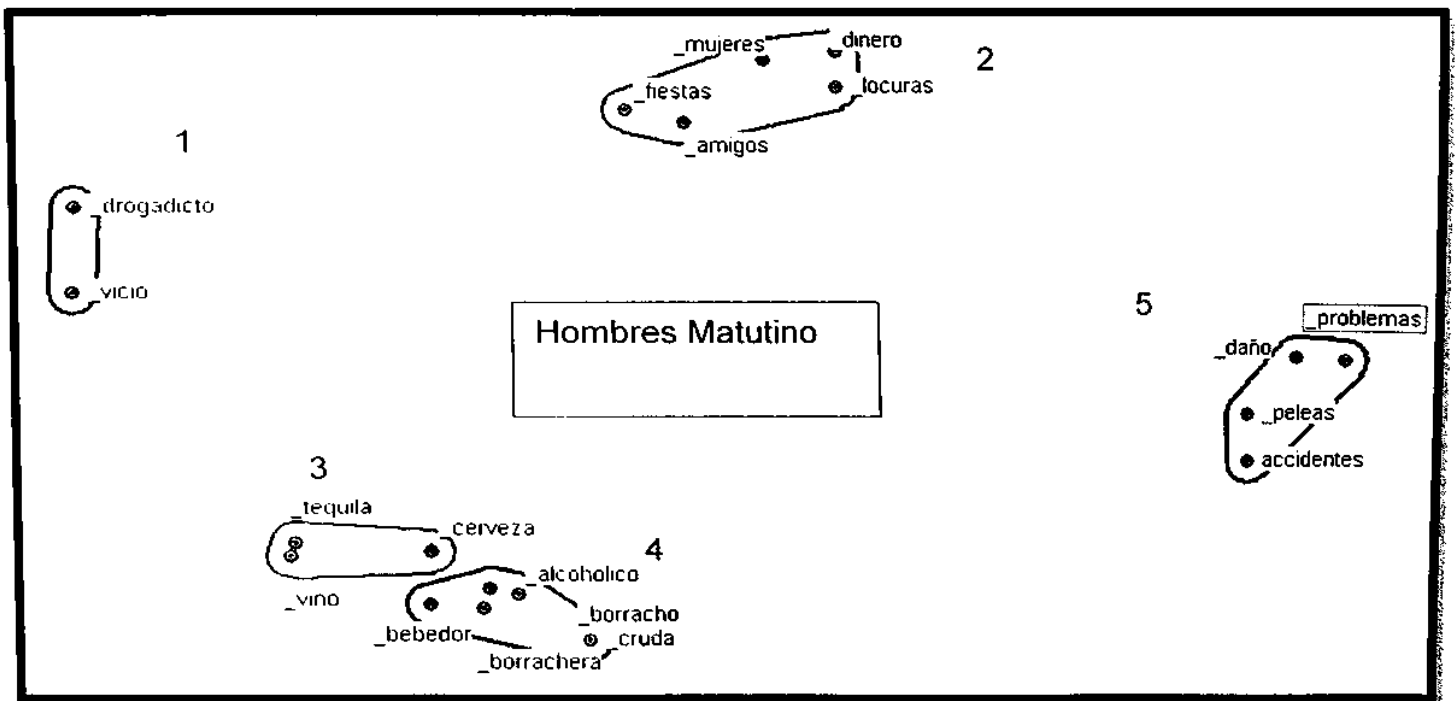


Figura 1. Clúster de apilamiento por montones de palabras asociadas a bebidas alcohólicas en hombres de secundaria turno matutino.

Informante 20

Stress: .147

Clúster 1: Males

Clúster 2: Divertirse

Clúster 3: Bebidas alcohólicas

clúster 4: Alcoholismo

Clúster 5: Dolor por fiesta

En el clúster de los hombres del turno vespertino sobresale la relación entre accidentes que derivan en muerte y en el nivel periférico se revisa que emerge la violencia no sólo física, sino también a nivel verbal o conductas que son



consideradas inadecuadas, además la cerveza y particularmente la denominada caguama, emergen como el principal elemento asociado a la bebida alcohólica.

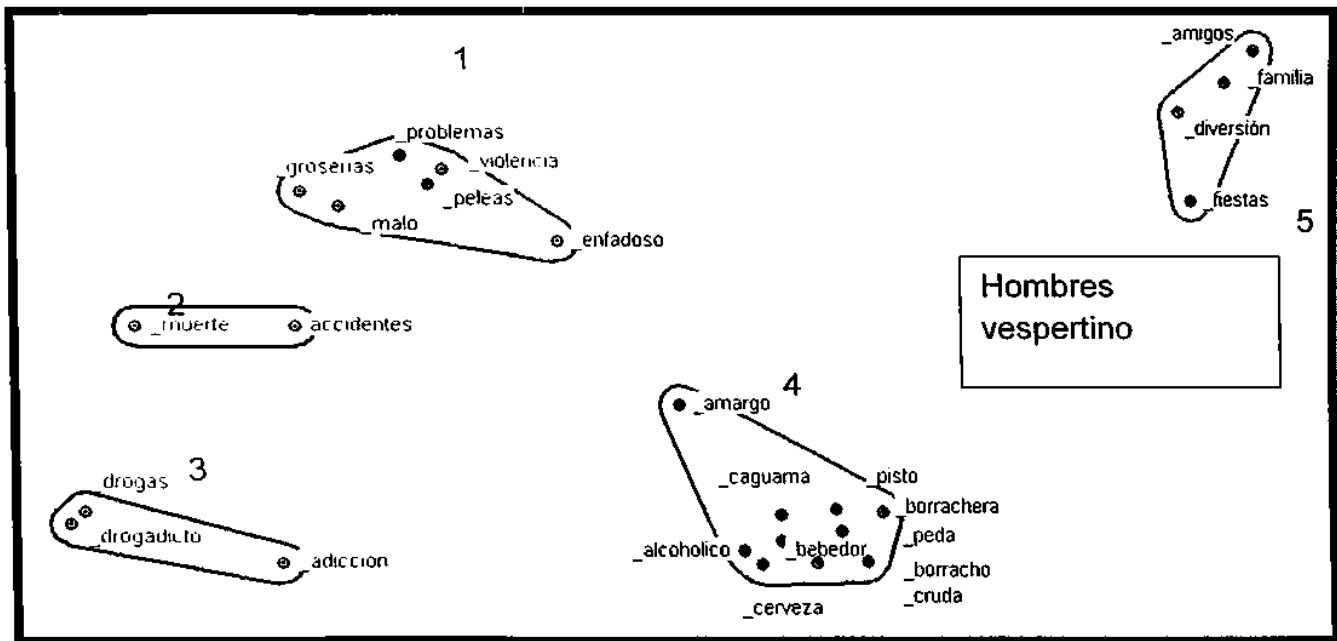


Figura 2. Clúster de apilamiento por montones de palabras asociadas a bebidas alcohólicas en hombres de secundaria turno vespertino.

El informante no. 40 resultó el que tiene mayores respuestas típicas de los clúster, denominándolos de la siguiente manera:

Informante 40

Stress: .119

Clúster 1: Acoso o personas complicadas

Clúster 2: Fin de la vida

Clúster 3: Consecuencias

Clúster 4: Causantes de muerte

Clúster 5: Compañeros con quien tomar: familia/ amigos

En relación a las mujeres, en el turno matutino los aspectos periféricos asocian a conductas que se hacen en el grupo durante las fiestas, todas ellas aparecen con carácter lúdico y el vino y sus diversas presentaciones se expresan como una categoría, el dinero se expresa como el medio por el cual es necesario para acceder a las bebidas alcohólicas, curiosamente, al revisarse a la informante que tiene mayor consenso, indica que el dinero lo deben obtener los hombres, para llevar a cabo esta conducta y que los problemas sólo ocurren entre los hombres.

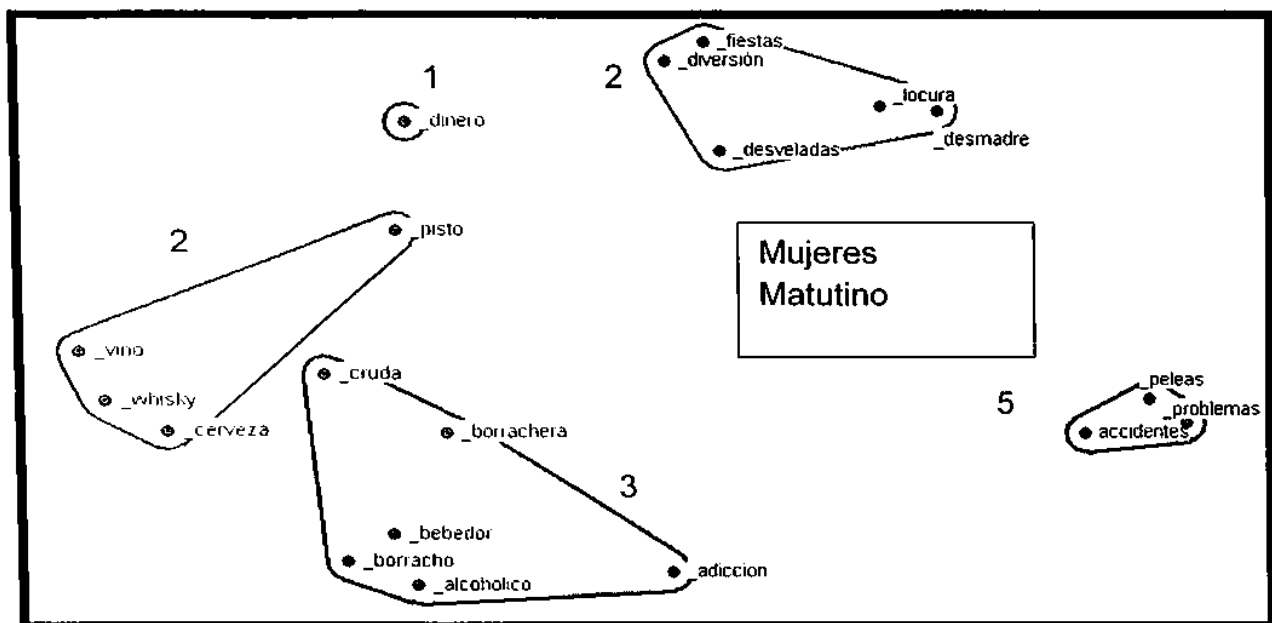


Figura 3. Clúster de apilamiento por montones de palabras asociadas a bebidas alcohólicas en mujeres de secundaria turno matutino.

En este subgrupo la informante no. 13 fue la que obtuvo mayor puntaje asociado a los clústeres, denominándolo de la siguiente manera:

Informante 13

Stress: .145

clúster 1: hombres proveedores

clúster 2: dinero para el consumo

Clúster 3: Hombres consumidores

Clúster4: amigos y familia

Clúster 5: Conflictos entre Hombres

En cuanto a las mujeres de turno vespertino, en la figura 4 se puede encontrar que las mujeres a nivel periférico asocian la conducta de ingerir bebidas alcohólicas con consecuencias de problemas y peleas por lo que valoran negativamente esta conducta y la asocian con una conducta de irresponsabilidad y en la cual la muerte y las enfermedades son consecuencia de las bebidas alcohólicas y por medio de fiestas y familia es como se puede acceder a ellas.

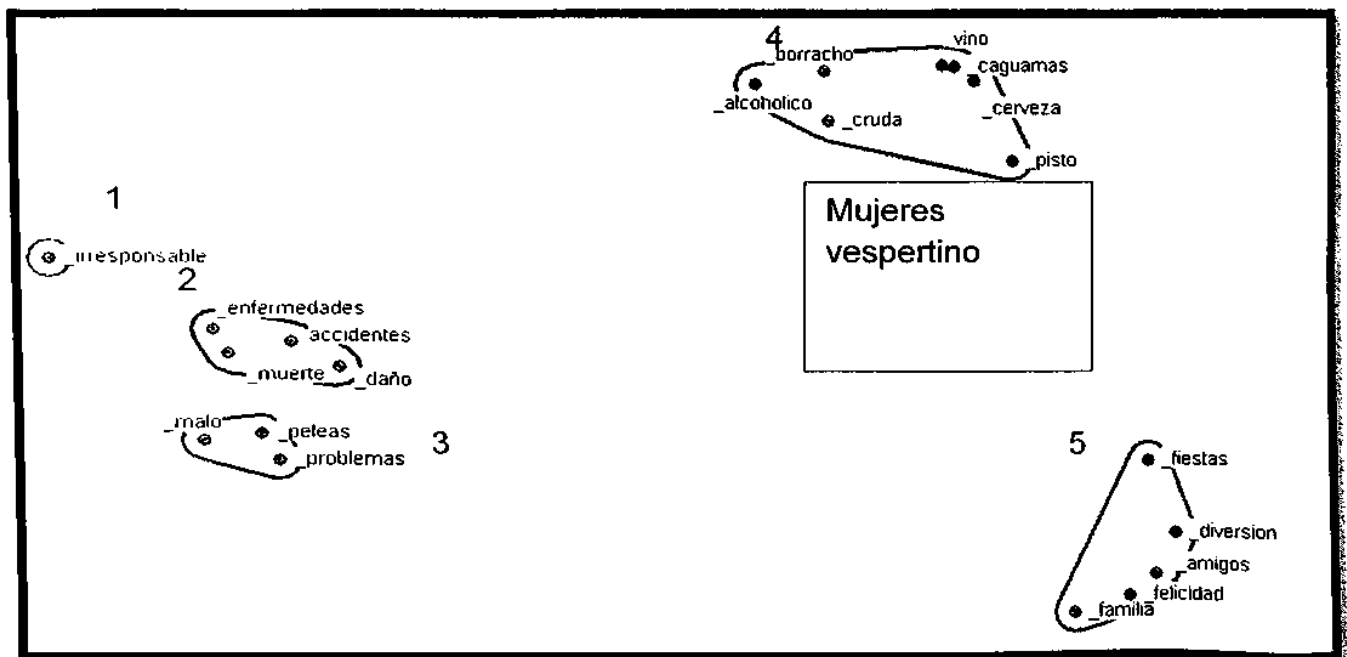


Figura 4. Clúster de apilamiento por montones de palabras asociadas a bebidas alcohólicas en mujeres bachilleres de turno vespertino.

En este subgrupo de mujeres del turno vespertino, la informante 19 fue la que obtuvo mayor puntaje y si bien su respuesta no puede ser considerada como típica,

dado que no se obtuvo el consenso en el dominio cultural, da indicios de lo que se está conformando en el grupo de estudiantes en esta etapa de adolescencia.

Informante 19

Stress: .074

Clúster 1: Fracaso

Clúster 2: Riesgos

Clúster 3: Un mal en tu vida

Clúster4: Drogas

Clúster 5: medio para convivir familia/amigos

## **CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN**

Como se planteó previamente, la adolescencia en el periodo comprendido entre los 12 y 15 años, es un momento en el que las construcciones hacia diversos objetos de la vida cotidiana cobran especial relevancia ya que es aquí donde los elementos lingüísticos configuran estructuras para la representación de diversos fenómenos que rodean al ser humano y que se sostienen para su caracterización y toma de decisiones en la vida adulta (31).

La adolescencia marca entonces una pauta importante en la determinación sobre el consumo de bebidas alcohólicas y todas las situaciones positivas o negativas que conlleva su ingesta a tempranas edades y la perpetuación de la conducta en otras etapas del desarrollo humano (46).

Importante resaltar que la incidencia en hechos violentos, riñas, enfermedades crónicas, homicidios (particularmente en hombres) y accidentes el consumo de bebidas alcohólicas tiene un papel determinante, (46) esto queda evidenciado dentro de los hallazgos donde los adolescentes de dos de los grupos explorados identifican estas situaciones en sus consensos culturales como causalidades y consecuencias de las bebidas alcohólicas.

En el pensamiento social de estos jóvenes existe un pensamiento constituyente que permite evidencia nuevas formas de conocimiento sobre una problemática vastamente indagada desde estudios de prevalencias o de corte cuantitativo, algunas evidencias fortalecidas con este trabajo comprueban que el consumo está asociado a los modelos anglosajones descritos en los modelos teóricos descritos como occidentales, (62) en donde los jóvenes participantes de este ejercicio describen una aceptación hacia las bebidas alcohólicas, en situaciones con los amigos y los espacios de esparcimiento y su interacción en común para el acceso, consumo y abuso de estas sustancias.

Sin embargo, dos de los grupos de estudio mostraron categorías culturales orientadas hacia la familia y la presencia de esta en su acercamiento y contacto a las bebidas alcohólicas considerándose que se naturaliza el consumo si se realiza en presencia o compañía de los familiares (62).

De acuerdo a lo señalado por la OPS, contrario a lo que comúnmente se cree, el principal problema con el alcohol no es alcoholismo, sino el consumo explosivo y en condiciones de riesgo (59). En este estudio se logró visibilizar que los adolescentes participantes tiene categorías culturales asociadas al consumo de bebidas alcohólicas en fiestas y entornos que faciliten la locura y un estado de desenfreno con bebidas que garanticen un estado de embriaguez preferentemente vinos, y los jóvenes de los turnos matutinos consideran que no existen categorías de riesgo excepto las riñas, las cuales se trivializan y como consecuencia el consumo se ve como una opción dentro de su conducta próxima.

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) publicó el estudio "Patrones de Consumo de Alcohol en México 2012", en el cual se indica que de manera individual los hombres mexicanos cuando beben consumen casi 8.4 litros anuales; mientras que las mujeres, 1.4 litros(62). En esta postura se visibiliza una situación de género involucrada en el consumo que se fortalece en los consensos culturales identificados en las mujeres de esta investigación ya que entre sus dominios culturales se establece que son los hombres quienes incurrir mayormente en acciones de riesgo asociadas a las bebidas alcohólicas además de ser ellos

quienes deberían o deben proveerlas y son quienes determinan cuáles se consumen, para las mujeres adolescentes del presente estudio, el ser hombre es una dominio asociado a la bebidas alcohólicas.

Se tiene el dato que 7.5 hombres por cada mujer en México es la proporción que existe en el consumo de alcohol, por ello se ha identificado esta problemática como una problemática masculina (71). Este dato se manifiesta dentro de los dominios culturales identificados, en las mujeres del turno matutino, las cuales hacen referencia al hombre como proveedor, consumidor y generador de conflictos. Este hallazgo coincide con lo reportado por Edelmison Antunes de la Universidad Nacional de Sao Paulo (40), quien refiere que las construcciones hacia el consumo de alcohol están asociadas a las relaciones familiares, la profesión y el género.

La ambigüedad en las construcciones sociales hacia el consumo de alcohol se marca como una situación conflictiva, si las primeras experiencias en la población mexicana se dan a partir de los 13 años, (63) los programas de prevención de consumo de alcohol no toman en cuenta estas dominios culturales que están formándose, pues con los datos de los grados obtenidos de estrés, mediante el software, no alcanzan a tener un nivel para llamarlo un consenso cultural determinante, esto indica que incluso las ideas sobre este constructo están diversificadas e incluso en algunos subgrupos polarizadas.

Esta dispersión puede convertirse en una ventana de oportunidad para construir estrategias efectivas para combatir esta problemática desde la salud pública, que se complejizan dada la multiplicidad de ideas y elementos culturales que intervienen. esto se fortalece con la cantidad de elementos encontrados en los listados libres y las cifras de mención y aparición de los diversos ítems que marcan una gama de elementos complicados de concentrar.

Como estipula Gergen,(30) los significados que las personas le atribuyen a un elemento de su realidad, en este caso la bebida alcohólica, influirán en su toma de decisiones y al obtenerlos y transformarlos en conocimiento científico, dotaremos a los propios individuos mediante la instrumentación, desarrollo y aplicación de

estrategias en atención primaria con grupos vulnerables, como son los adolescentes, de herramientas de entendimiento de su mundo ante una problemática tan diversa como lo es el consumo de bebidas alcohólicas.

Los elementos identificados en esta investigación permiten dar cuenta de los conjuntos organizados de palabras o frases que a nivel cognitivo hacen referencia conceptual hacia el elemento bebida alcohólica, y permiten validar los consensos implícitos en esta comunidad que han compartido a través de su historia y características sociales vinculantes (14); son estas en particular las que requieren ser estudiadas con profundidad y las que se proponen se establezcan en un posterior estudio como elementos a evaluar, aunque este ejercicio permitió evidenciar elementos de la cotidianidad de estos sujetos explorados (15).

## **CAPÍTULO X. CONCLUSIONES**

A través de una apreciación crítica del lenguaje es como se puede alcanzar la comprensión de las formas en que se relaciona el ser humano y la cultura. La gente toma decisiones diferentes a las conclusiones o recomendaciones que la ciencia pareciera imponerle ya que valoran más su sentido histórico, se defienden del sentido científico (que en este caso pudiese nombrarse epidemiológico y de riesgo) a través de disfrazar sus tendencias, hacer cosas para sentirse distinto a lo que se recomienda y mantiene alternativas fluctuantes a lo establecido por el conocimiento social (33).

En el caso concreto del consumo de bebidas alcohólicas podemos evidenciar que en las estructuras lingüísticas de estos cuatro grupos existe una complejidad de entramados subjetivos que se pueden evidenciar mediante técnicas como la antropología cognitiva, donde los dominios culturales sobre un elemento de la realidad quedan representados de manera que, para la salud pública puedan ser tomados como variables a considerar al momento de diseñar intervenciones o estrategias de prevención y promoción ante fenómenos como el consumo de bebidas alcohólicas.

Tanto los hombres como las mujeres participantes en el estudio tienen asociado en el centro de su dominio cultural, esto es que son los aspectos más difíciles de cambio en caso de que se desee incidir, de la asociación de *borracho y fiesta*. Indicando así que hay patrones culturales en que estos adolescentes están inmersos y que si se va a una fiesta deberá haber bebidas alcohólicas con las cuales llegar hasta la conducta de borrachera.

Para los adolescentes hombres participantes de este estudio el pertenecer al turno matutino o vespertino aun cuando se trata de el mismo plantel educativo implicó diferencias sustanciales en sus dominios, en relación a los aspectos cercanos y periféricos: para los hombres del turno matutino el constructo bebida alcohólica hace referencia a la diversión, la socialización con mujeres, el espacio para la generación de conductas atrevidas o "locas" e implica el beber sustancias más elaboradas que la simple cerveza como el vino u otros derivados que garanticen una ingesta que produzca cambios en su conducta; mientras que para los hombres del turno vespertino la construcción y sus dominios se enfocan en las conductas problemáticas, las situaciones de riesgo y muerte y las complicaciones asociadas al consumo.

En ambos grupos se percibe la borrachera como un camino que derivar en adicción, sin embargo, el grado de proximidad para el caso de los hombres pertenecientes al turno matutino se muestra alejado y aislado de las demás expresiones, por lo que no tiene un rol significativo. Al establecerse una estrategia o programa que intentara promover la disminución o el no consumo en ellos, probablemente existirían complicaciones como las señaladas por los modelos de prevención de la salud de Pender (27) donde se explica que las conductas individuales en situaciones de riesgos de salud se guían más por las experiencias particulares y valoraciones subjetivas en el entorno a la hora de asumir un comportamiento que beneficie o perjudique la salud. Ellos no se adjudican estos riesgos como cercanos y por lo tanto la información que se les proporcione no impactará en sus valoraciones de afectación en la salud.



En este contexto los hombres entienden a la bebida alcohólica como un instrumento de diversión y aproximación a experiencias sociales satisfactorias y en donde el impacto de una prevención coercitiva hacia los efectos nocivos (probablemente y partiendo del modelo de Pender) no ejerza un cambio orientado a la disminución de la conducta.

En el caso de las mujeres, sus dominios culturales reflejan construcciones asociadas al género donde el hombre, es quien asume el rol de bebedor, proveedor y generador de conflictos entorno a la bebida alcohólica y su consumo inmoderado; las adolescentes no tienen la referencia de que las mujeres pueden tener estas conductas problemáticas o bien no consideran pertinente en su lenguaje hacer referencia a que ellas también pueden tener estos riesgos.

Las diferencias por el turno de procedencia de las mujeres son más sutiles aunque significativas, para la mujeres del turno matutino la bebida alcohólica es proporcionada por los hombres y genera un ambiente de fiesta y diversión donde el dinero es el mecanismo por el cual esta situación se hace factible; mientras que para las mujeres del turno vespertino sus dominios hacen referencia a la enfermedad, las conductas de riesgos y los entornos familiares donde se alienta y promueve el consumo de manera indirecta, con prácticas cotidianas que se van vinculando en el día a día, donde se normaliza la presencia de la bebida alcohólica como un elemento al interior de la familia, aunque hay que hacer notar que no dan una connotación negativa de los impactos que en ellas pudiera tener.

En síntesis, los dominios culturales identificados dentro de los cuatro grupos se presentan en la tabla 8.

#### **Tabla 10**

*Dominios culturales sobre las bebidas alcohólicas identificados en adolescentes de secundaria, cuyo núcleo central indica referencia a **borracho, fiestas y cerveza.***

| <b>Hombres matutinos</b> | <b>Hombres vespertinos</b>                 | <b>Mujeres matutino</b>  | <b>Mujeres vespertino</b>          |
|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|
| consecuencias            | Acoso o personas complicadas               | hombres proveedores      | Fracaso                            |
| Divertirse               | Fin de la vida                             | dinero para el consumo   | Riesgos                            |
| personalidad             | Consecuencias                              | Hombres consumidores     | Un mal en tu vida                  |
| Alcoholismo              | Causantes de muerte                        | amigos y familia         | Drogas                             |
| Fiestas y mujeres        | Compañeros con quien tomar familia/ amigos | Conflictos entre Hombres | medio para convivir familia/amigos |

Dentro de estos dominios los hombres se diferencian en las construcciones hacia una forma de diversión que posibilita la cercanía social con mujeres y que dentro de sus consecuencias solo existen características o adjetivos de la personalidad característicos de la conducta de embriaguez.

Para el grupo del turno vespertino de hombres, sus dominios se identifican con hechos violentos, consumo en familia y la convivencia con personas que generan ambientes sociales nocivos y complejos.

Esta situación de diferencia se puede explicar a partir de variables como los estratos socioeconómicos, el nivel de escolaridad de los padres, las condiciones de los barrios y características de sus comunidades, pues según los directivos de la propia institución están vinculadas a situación de carencia y de pobreza para los adolescentes del turno vespertino de forma más recurrente, la cual emerge como una variable complementaria para posteriores estudios.

De estos hallazgos se propone, con este nivel de comprensión obtenido y al determinar la variabilidad de los consensos existentes hacia la bebida alcohólica como elemento de la realidad de los adolescentes, construir un proceso de fortalecimiento de un contexto saludable partiendo del modelo propuesto por el propio Pender (24), en donde se haga énfasis en los posibles riesgos y a la vez se incluyan propuestas diferenciadas de socialización a las habituales como los grupos informales de discusión o la asesoría entre pares.

Al haber identificado que sí hay una diferencia entre los dominios culturales por sexo en adolescentes escolares de 12 a 15 años y categorizarlos, se logró el objetivo general planteado, de identificar los dominios culturales hacia el constructo de bebidas alcohólicas por este grupo etario.

Dadas las limitantes de esta investigación, se considera necesario desarrollar en el corto plazo nuevas exploraciones que incluyan variables tales como condiciones socioeconómicas, grado de escolaridad de familiares y su influencia en las construcciones, así como elementos contextuales que ya estén previamente identificados en otros estudios sobre su influencia para el consumo de bebidas alcohólicas.

Como estrategia partiendo de estos hallazgos, en pro de la salud pública se postula pertinente desarrollar intervenciones que fortalezcan los dominios descubiertos en cada grupo que permitan el empoderamiento y la toma de decisión favorecedora de un contexto saludable, a partir de estas pautas lingüísticas sociales, y que impacten de forma más certera en el objetivo salubrista marcado.

### **Sesgos**

Al ser datos auto informados utilizando la propia palabra y experiencia fue necesario acotar la selección en base a la metodología para disminuir la carga atribución o exageración de las cargas conductuales o de consecuencias hacia el constructo bebida alcohólica valorado.

### **Limitaciones**

Un efecto longitudinal entre la recolección de la información y la presentación de los resultados obtenidos, además la falta de estudios de carácter cultural y con la técnica de antropología cognitiva previos sobre el constructo bebida alcohólica o elementos similares que permitan un contraste sobre los hallazgos.

## Referencias Bibliográficas

1. Jarpa Arriagada CG. Mediación social: construcción social de un significado. (Spanish). SOCIAL MEDIATION: SOCIAL BUILDING OF A MEANING (English). 2002;11:89-96.
2. Maturana HR. Understanding Social Systems? Constructivist Foundations. 2014;9(2):187-98.
3. Monge SC. Algunas consideraciones sobre el lenguaje común y el lenguaje técnico. (Spanish). Káñina. 2009;33(1):75-80.
4. Vargas-Oreamuno S. Los estilos de vida en la salud. La salud pública en Costa Rica. 2007;6:24.
5. Ávila-Agüero M. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud Actas médica Costarricense. 2009;51:3.
6. Del pino-artacho J. La teoría sociológica. Madrid: Tecnos; 1994.
7. Lemert C. Social Theory. Paris: Boulder; 1993.
8. Ritzer G. Cap. 6 "Interaccionismo simbólico". Teoría sociológica moderna. Madrid: McGrawhill; 2002.
9. Eliécer Martínez Posada J, Alejandro Muñoz Gaviria D. Aproximación teórico-metodológica al imaginario social y las representaciones colectivas: apuntes para una comprensión sociológica de la imagen. (Spanish). Theoretical-methodological approach to social imaginary and collective representations: Notes for a sociological understanding of image (English). 2009(67):207-21.
10. De la garza Toledo E, Leyva G. Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales. México d.f.2010.
11. Bernal IL. Funciones esenciales de la salud pública desde la maestrías en salud . AÑO 2001. (Spanish). Revista Cubana de Salud Pública. 2002;28(1):46.
12. Casilla M. La sociología de Pierre Bourdieu. México Universidad Autónoma Metropolitana; 2003.
13. Borgatti S. Elicitation techniques for cultural domain analysis. Schensul J, LeCompte M, editors. 2004:1-26.
14. Fernández-Niño J. Los dominios culturales de la malaria 2014 julio 2014; 34. Available from: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.1629>.
15. Escobar C. La antropología médica: una visión cultural de la salud. Promoción Salud. 2003;8:51.
16. Czeresnia D, Machado de Freitas C. Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires colección salud colectiva; 2004.
17. De Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de evaluaciones complejas en promoción de la salud. Cali, Colombia: Universidad del Valle; 2011.
18. Sanabria Ramos CG. Investigaciones en salud sexual y reproductiva en la Maestría en Promoción y Educación para la Salud. (Spanish). Sexual and reproductive research studies in the master's degree course on health promotion and education (English). 2013;39:903-14.

19. Sanabria Ramos G, Rodríguez Cabrera A. Investigación para la promoción de la salud sexual y reproductiva. la habana: Escuela nacional de salud pública; 2013.
20. Robledo-Martínez R, Agudelo-Calderón CA. Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. (Spanish). An approach to the theoretical construction of healthcare promotion (English). 2011;13(6):1031-50.
21. Ruiz RB. De la Promoción de Salud Clínica a la Promoción de Salud Comunitaria: un desafío para la Medicina Familiar Contemporánea. (Spanish). Archivos en Medicina Familiar. 2007;9(4):182-6.
22. Franco-Giraldo Á. Promoción de la salud (ps) en la globalidad. (Spanish). Health promotion in globalization (English). 2012;30(2):193-201.
23. Giraldo-Osorio AT-R, María. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. . Hacia la Promoción de la Salud 2010;15:15. Epub 143.
24. Pender N, editor. Modelo de Promoción de la Salud. Conferencia Taller dirigido a profesionales de enfermería y del área de salud 2000.
25. Villalbí JR. Promoción de la salud basada en la evidencia. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2001 [cited 2014 Julio 2014]; 75. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272001000600001&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600001&lng=en). doi: 10.1590/S1135-57272001000600001.
26. Werner-Sebastiani R PM, Chiatton HB. . La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2003;2:19.
27. Victor JF, Lopes MVdO, Ximenes LB. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem. 2005;18:235-40.
28. Soto Mas F, Lacoste Marín JA, Papenfuss RL, Gutiérrez León A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Revista Española de Salud Pública. 1997;71:335-41.
29. Arrivillaga M, Salazar, IC, Correa, D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia medica. 2004;34:9. Epub 194.
30. Gergen K. Realidades y Relaciones: aproximaciones al Construccinismo social. Barcelona: Paidós; 1996.
31. Gergen K. Construir la realidad. . Barcelona: Paidós; 2005.
32. Sandoval Moya J. Construccinismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social. 2010(23).
33. Ferrari L. El construccinismo social y su apuesta. Buenos aires Argentina: Eudeba; 2008.
34. Clot. B-P. La acción situada en desarrollo de las teorías de la actividad. . [<http://www.rafaelcastellano.com.ar/Biblioteca/ARTICULOS/LA%20ACCION%20SITUADA%20EN%20EL%20DESARROLLO%20DE%20LAS%20TEORIAS%20DE%20LA%20ACTIVIDAD.pdf>] 2006.

35. Blanco-Menendez R. El pensamiento logico desde la perspectiva de las neurociencias cognitivas. Oviedo España: Eikasía; 2013.
36. Fuentes-Ramírez ML-M, Sergio. La investigación social en salud: comunicaciones recientes. Revista Salud Pública de México [Internet]. 2005; 47:[5-7 pp.]. Available from: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000153>.
37. Torres T. Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. Atención Primaria. 2010 42(3):154-61.
38. Ruiz Torres GM, Medina-Mora Icaza ME. La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. (Spanish). Perception of adolescents about alcohol consumption and its relation to the exposure to opportunity and temptation for alcohol consumption (English). 2014;37(1):1-8.
39. Henao H S. Representaciones sociales del consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia, 2000. (Spanish). Social representations of consumption of drugs in a university context, Medellín, Colombia, 2000 (English). 2012;30(1):26-37.
40. de Campos EAeub, Reis JG. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo -- Brasil. (Portuguese). Representations on the use of alcohol among women undergoing treatment at a reference center in the city of São Paulo, Brazil (English). 2010;14(34):539-50.
41. Soltero R. Vida, frescura y limpieza: representaciones sociales del agua desde el punto de vista de adolescentes y de padres de familia Medio Ambiente y Comportamiento Humano. 2008 9(1):171-95.
42. Rocha AS. Cultural domain of self-care in type 2 diabetes patients with and without blood glucose control in Mexico. Rev Saude Publica;. 2008;42(2):256-64.
43. Caudevilla-Gálligo F. Drogodependencias conceptos generales de epidemiologia2007. Available from: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>.
44. Universidad de las Americas. Consumo de alcohol: aspectos antropologicos2008. Available from: [http://caterina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lhr/bueno\\_g\\_l/capitulo2.pdf](http://caterina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/bueno_g_l/capitulo2.pdf).
45. Enoch M, Goldman, D. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2002;65: 441-8.
46. Díaz-Martínez RD-M, Alejandro. El consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores. Salud Mental. 2009:447-58.
47. Villatoro-Velázquez JG-F, Filiberto. Moreno-López, Miriam. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México:. Salud Mental de Mexico. 2011:81-94.
48. Gayet CJ, F. Pedrosa, L. Uso del condon entre los adolescentes mexicanos. salud publica de mexico. 2003;45(5):632-40.
49. Leon Parra B. "La alcoholización como proceso biosociocultural en comunidades mazahuas del Estado de México. Mexico DF.: ESCUELA NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA; 2010.

50. Jessor R. Risk behaviour in adolescence. *Journal of adolescence Health*. 1991;12(8):597-605.
51. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. 2000(8).
52. Ibáñez T. *Psicología social constructivista*. Barcelona: Universidad de Guadalajara; 1994.
53. Lacolla L. REPRESENTACIONES SOCIALES: UNA MANERA DE ENTENDER LAS IDEAS DE. *Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* 2005:11-8.
54. Álvarez Ramírez LY. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. 2006;9(3).
55. Organización Mundial de la Salud. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Ginebra, Zuisa2011 [updated Septiembre].
56. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia Mundial Para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol*. Lausanne, lausanne, suiza: OMS; 2010.
57. NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. distrito federal: Diario oficial de la federación, 2009.
58. Organización Mundial de la Salud. *Global status report on alcohol*. Ginebra: OMS, 2004.
59. Organización Panamericana de la S. *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Informe Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006.
60. ENSANUT. *Encuesta nacional de adicciones*. Mexico: Conadic, 2008.
61. Benitez-Romero M. Nayarit, fuerte consumidor de alcohol. 2012 Septiembre 24:Electronico.
62. Reyes JJ. Consumo de alcohol de los mexicanos, en niveles de riesgo. *Proceso*. 2012 octubre 17:electronico.
63. Pantoja-Peschard J. El uso nocivo del alcohol en Mexico *El Pais* 2012 Enero 1:24.
64. Alarcón-Martínez A. Informe nacional de adicciones 20072006. Available from: [http://www.ssm.gob.mx/pdf/adicciones/Danos\\_a\\_la\\_Salud.pdf](http://www.ssm.gob.mx/pdf/adicciones/Danos_a_la_Salud.pdf).
65. Chavez-Jimenez A. "Ahoga" a jóvenes adicción a alcohol: es Nayarit entidad con más incidentes. *La jornada*. 2011 Noviembre 26:electronico.
66. Sistema Nacional de Información de Escuelas [database on the Internet]. 2013 [cited Junio 2014]. Available from: [http://www.snie.sep.gob.mx/SNIESC/cartelsecundaria.aspx?vcct=18DES0010W&vsubn=100&vturno=2&vlcon=http://www.snie.sep.gob.mx:80/SNIESC/images/locate\\_icon.png](http://www.snie.sep.gob.mx/SNIESC/cartelsecundaria.aspx?vcct=18DES0010W&vsubn=100&vturno=2&vlcon=http://www.snie.sep.gob.mx:80/SNIESC/images/locate_icon.png).
67. Echeverría Grajales CV. La escuela: un escenario de formación y socialización para la construcción de identidad moral\*. 2003;1(2).
68. Echeverría-Grajales C. La escuela: un escenario de formación y socialización para la construcción de identidad moral\*. 2003;1(2).
69. García- Martínez A. Identidades y representaciones sociales: la construcción de las minorías. 2008;2(18).



70. Leon- Parra B. "La alcoholización como proceso biosociocultural en comunidades mazahuas del Estado de México. Mexico DF.: ESCUELA NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA; 2010.
71. secretaria de Salud. El consumo de drogas en Mexico: Diagnostico, Tendencias y Acciones. Distrito Federal, Mexico2008.
72. Instituto Nacional de Salud Publica. Encuesta nacional de salud. anual [Internet]. 2012. Available from: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ConsumoAlcohol.pdf>.
73. Czeresnia D, Machado de Freitas Carlos,. Promocion de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires Lugar: coleccion salud colectiva; 2004.
74. Molina JI. Tipologia y Clasificaciones de las tecnicas antropologicas. 2008;10(8).
75. Hernandez Sampieri R. Metodologia de la investigacion. Mexico D.f.: MacGraw hill; 2003.
76. Paz-Sandin E. Capitulo 7:Tradiciones de la investigación cualitativa. Investigación cualitativa en educacion:Fundamentos y Tradiciones Venezuela: Universidad Nacional Experimental; 2007.
77. Romney K, C. Weller S, William H. B. Culture as Consensus: A Theory of Culture and Informant Accuracy. 1987;88(2).
78. López-Romo H. Los Niveles Socioeconómicos y la distribución del gasto 2009:[25-9 pp.]. Available from: <http://www.amai.org/NSE/NivelSocioeconomicoAMAI.pdf>.

Anexos



**Universidad Autónoma de Nayarit**  
**Maestría en Salud Pública**

Tepic, Nayarit Noviembre de 2014

Estimado(a) responsable de estudiante  
Escuela Secundaria Federal No. 44 "Severiano Ocegueda Peña"

Por este conducto hago de su conocimiento que se ha elegido la escuela, a la cual asiste su(s) hijo(s), para efectuar la investigación denominada: **"Dominios culturales sobre las bebidas alcohólicas en escolares de la ciudad de Tepic"**. Esta investigación tiene la finalidad de analizar algunos aspectos presentes en la cultura en los y las adolescentes y desarrollar intervenciones de prevención hacia el consumo del alcohol.

Se cuenta con la autorización de las autoridades del centro educativo y el aval del comité de bioética de la Universidad Autónoma de Nayarit para que efectúe este estudio, el Lic. Diego Armando Guzmán López. En esta investigación que consta de dos fases, su hijo(a) pudiera ser seleccionado para responder en forma escrita un cuestionario, en las mismas instalaciones y horarios de su centro escolar.

Se hace la aclaración que en todo momento, la información es confidencial y su uso es exclusivo para fines académicos y de investigación.

Se solicita su consentimiento para que en caso de ser su hijo seleccionado, pudiera participar, agradeciendo de antemano, su colaboración.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado y Sección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Autorizo la participación

Nombre y Firma del padre, madre o tutor



## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE SALUD PÚBLICA

DOMINIOS CULTURALES DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LOS ESCOLARES DE LA CIUDAD DE TEPIC.

TEPIC, NAYARIT A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DEL \_\_\_\_

**Entiendo** que me invitaron a participar en este estudio y me dijeron los objetivos de la investigación. **Se me informó antes de decidir si participaba o no en forma voluntaria**, que se identificaría los dominios culturales sobre las bebidas alcohólicas y que esto servirá para desarrollar intervenciones para estudiantes de secundarias.

Sé que la información que proporcione **es confidencial**, pues es sólo para fines académicos y de investigación, por lo que mi nombre ni mis datos no serán revelados, y por tanto, **no estoy en riesgo alguno, ni de salud, ni legal.**

Se me aclaró, que no habrá consecuencia para mí en caso de no aceptar y que puedo retirarme en cualquier momento.

Mi participación no implica ningún gasto. No recibiré ningún pago por mi participación y en cualquier fase del estudio podré solicitar información sobre el mismo al investigador responsable: Diego Armando Guzmán López, estudiante de la maestría de salud pública de la UAN

Estoy de acuerdo en participar en la investigación

---

Nombre y Firma del entrevistado (a)

## Código de identificación

Edad: \_\_\_\_\_

Grado y grupo: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número de hermanos \_\_\_\_\_

A continuación te pedimos que contestes este formato, sólo se requiere contestar lo más **honestamente y real posible**, recuerda que toda tu información será **confidencial**.

Menciona las 5 primeras palabras que se te vienen a la mente al escuchar la frase **“bebida alcohólica”**

|                      |        |
|----------------------|--------|
| <input type="text"/> | _____. |
| <input type="text"/> | _____. |
| <input type="text"/> | _____. |
| <input type="text"/> | _____. |
| <input type="text"/> | _____. |

Da una pequeña explicación del **porqué seleccionaste cada una de esas cinco palabras**:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

 **Código de identificación**

Edad: \_\_\_\_\_ Grado y grupo: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Instrucciones:

- ✓ A continuación se te presenta una serie de palabras que te pedimos **leer atentamente**
- ✓ **Accidentes**
- ✓ **Alcohólico**
- ✓ **Amigos**
- ✓ **Bebedor**
- ✓ **Borracho**
- ✓ **Borrachera**
- ✓ **Cerveza**
- ✓ **Cruda**
- ✓ **Daño**
- ✓ **Dinero**
- ✓ **Drogadicto**
- ✓ **Fiestas**
- ✓ **Locuras**
- ✓ **Mujeres**
- ✓ **Peleas**
- ✓ **Problemas**
- ✓ **Tequila**
- ✓ **Vicio**
- ✓ **Vino**

1. Las palabras se proporcionaran en unas fichas de papel las cuales deberás agrupar de acuerdo a las que en tu consideración tengan un significado parecido o bien creas que tengan alguna relación .
2. A continuación, deberás anotar las palabras agrupadas en los siguientes bloques dejando la primera línea para colocar un nombre a ese grupo que a ti te parezca adecuado para nombrar ese grupo de palabras, puedes hacer el número de agrupaciones que tú quieras, por lo tanto, puedes utilizar la parte de atrás de esta hoja si te hacen falta espacios para hacer grupos. Debes usar todas las palabras, pero sólo UNA VEZ, pues no se pueden repetir en los grupos
3. Recuerda que toda tu información es personal y confidencial

Nombre:

---

---

---

---

---

---

---

Nombre:

---

---

---

---

---

---

---

Nombre:

---

---

---

---

---

---

---

Nombre:

---

---

---

---

---

---

---

Nombre:

---

---

---

---

---

---

---

Nombre:

---

---

---

---

---

---

---