



Estilo de Vida, Promotor de Salud Cajamarca - Perú

Carlos Alberto Tello Pompa*

Se entrevistó a 100 familias jóvenes del distrito de baños del inca, departamento de Cajamarca, región nororiental del Marañón, Perú, con el propósito de averiguar cuál es el estilo de vida promotor de salud (EVPS) de las familias jóvenes cajamarquinas y cuáles son los factores que influyen en dicho estilo de vida. Los hallazgos indicaron que un poco más de la mitad de las familias presentaron EVPS suficiente. De los factores contextuales y demográficos, las condiciones sanitarias de la vivienda y la escolaridad influyeron en el EVPS. De los factores sociopsicológicos, el nivel de bienestar y el funcionamiento familiar percibido estuvieron asociados con el EVPS de salud de las familias jóvenes. No se encontró relación entre religión, lugar de residencia, tipo y tamaño de la familia, nivel de ingreso, grado de dependencia familiar y el EVPS de las familias jóvenes de Cajamarca.

INTRODUCCION

El estilo de vida se ha definido como una forma de vida o la manera en que las personas conducen sus actividades día a día (1,2); y así, estilo de vida saludable serían todas aquellas conductas sobre las cuales el individuo ejerce control, incluyendo acciones por muy mínimas o discretas que éstas sean y que son parte permanente del patrón de nuestra vida cotidiana (3).

El estilo de vida saludable tiene un impacto favorable y significativo en el estado de salud a la vez que puede neutralizar o minimizar algunos riesgos productores de enfermedades (4).

Por lo tanto, en el concepto de estilo de vida están incorporados dos componentes que son complementarios: la promoción o el fomento de la salud y la prevención o protección contra las enfermedades. Mientras que la conducta de protección o prevención está dirigida a la reducción de riesgos para la salud, con el objeto de disminuir la probabilidad del individuo de sufrir enfermedad; la conducta de promoción o fomento de la salud es un enfoque positivo de vida dirigida a mantener o aumentar el nivel de

bienestar, auto-realización y satisfacción personal (5,6).

Lo que se persigue es que las conductas del estilo de vida sean vistas como promotoras de salud ya que son satisfactorias y agradables mas bien que como medio de evitar enfermedades (7,8).

El propósito del presente trabajo de investigación es el de conocer el estilo de vida del promotor de salud de la familia especialmente familias jóvenes y algunos factores influyentes.

METODO

El universo del presente estudio fué definido en función a la variable ciclo de vida familiar (9,10). El universo incluyó familias jóvenes con hijos catalogados como lactantes, pre-escolares y escolares (II, III y IV etapa, respectivamente); según la información proporcionada por la unidad de estadística y cómputos del hospital de apoyo de Cajamarca,

(*) Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera Profesional de Enfermería. Villa Universitaria. Cajamarca. Perú.

Perú (11), se estimó en 1.000 familias jóvenes residentes en el distrito de baños del Inca, departamento de Cajamarca, Perú.

La muestra estuvo constituida por 100 familias, seleccionadas por estratificación al azar, en una primera fase; en una segunda fase, los hogares fueron seleccionados en base al marco muestral desarrollado por el instituto nacional de estadística Cajamarca (12), procediendo a utilizar el muestreo por conglomerados. A partir de los conglomerados las familias fueron seleccionadas al azar sistemático.

Se utilizó cuatro instrumentos para recolección de datos: escala del estilo de vida del promotor de salud (13-14), modificada por el investigador; escala de bienestar percibido, de Reker y Wong

(15), modificado por el investigador; escala de Apgar familiar de Smilkstein (16), modificado por Horwitz y colaboradores (17); y un cuestionario semi-estructurado elaborado por el investigador.

Los instrumentos se aplicaron a través de una entrevista al padre y a la madre por separado y en el propio hogar de la familia, previo a la aplicación del instrumento, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

La encuesta empleada fué depurada en diversas etapas antes de obtener la versión definitiva y aplicarse a la muestra. La confiabilidad fué moderada a alta (18-19) y la validez fué empírica basado en diversos estudios (20-26).

- Resultados del METODO:

TABLA 1. Estilo de Vida Promotor de Salud de las familias.

Estilo de Vida Promotor de Salud			
Escala y Subescalas	Suficiente	Insuficiente	Total
Escala total del EVPS	52	48	100
EVPS auto-realización	56	44	100
EVPS responsabilidad de salud	50	50	100
EVPS ejercicio	59	41	100
EVPS nutrición	54	46	100
EVPS apoyo interpersonal	43	57	100
EVPS manejo del stress	54	46	100

Fuente: Estilo de Vida Promotor de Salud de Familias Jóvenes Cajamarca. Perú. 1992.

TABLA 2. Características contextuales y Estilo de Vida Promotor de Salud de las familias.

Estilo de Vida Promotor de Salud			
Características contextuales			
	Suficiente	Insuficiente	Total
Lugar de Residencia	(52)	(48)	(100)
Urbana	73.3	26.7	100
Rural	48,2	51,8	100
			Xc2= 3.21770 Xt2= 3.84
Condiciones Sanitarias de la Vivienda	(52)	(48)	(100)
Adecuadas	76.7	23.3	100
Inadecuadas	41.4	58.6	100
			Xc2= 10.44719 Xt2= 3.84 p < 0.05 C.C.= 0.30755

Fuente: Ibídem.

TABLA 3. Características demográficas y Estilo de vida promotor de salud de las familias

Estilo de Vida Promotor de Salud			
Características demográficas			
	Suficiente	Insuficiente	Total
Escolaridad	(52)	(48)	(100)
Baja	42.4	57.6	100
Media	63.2	36.8	100
Alta	80.0	20.0	100
			Xc2= 8.08387 Xt2= 5.99 p < 0.05 C.C.= 0.27348
Religión	(52)	(48)	(100)
Católica	49.4	50.6	100
Otra	60.9	39.1	100
			Xc2= 0.90145 Xt2= 3.84
Nivel de Ingreso	(52)	(48)	(100)
Bajo	48.2	51.8	100
Regular	50.0	50.0	100
Alto	80.0	20.0	100
			Xc2= 3.51706 Xt2= 5.99

Fuente: Ibídem.

TABLA 4. Características sociopsicológicas y Estilo de vida promotor de salud de las familias

Características sociopsicológicas	Estilo de Vida Promotor de salud			
	Suficiente	Insuficiente	Total	
Tipo de familia	(52)	(48)	(100)	
Nuclear	52.5	47.5	100	Xc2= 0.04006 Xt2= 3.84
Extendida	50.0	50.0	100	
Tamaño de familia	(52)	(48)	(100)	
Pequeña	50.0	50.0	100	Xc2= 1.54383 Xt2= 5.99
Mediana	57.7	42.3	100	
Grande	44.1	55.9	100	
Ciclo de vida familiar	(52)	(48)	(100)	
II Etapa	50.0	50.0	100	Xc2= 0.07237 Xt2= 5.99
III Etapa	51.6	48.4	100	
IV Etapa	53.3	46.7	100	
Tiempo de convivencia	(52)	(48)	(100)	
Corto	50.0	50.0	100	Xc2= 0.31109 Xt2= 3.84
Prolongado	55.9	44.1	100	
Grado de dependencia familiar	(52)	(48)	(100)	
Alto	25.0	75.0	100	Xc2= 2.68640 Xt2= 5.99
Regular	50.0	50.0	100	
Bajo	55.3	44.7	100	
Funcionamiento familiar percibido	(52)	(48)	(100)	
Adecuado	58.6	41.4	100	Xc2= 4.03693 Xt2= 3.84 p < 0.05 C.C.= 0.19698
Inadecuado	36.7	63.3	100	
Nivel de bienestar percibido	(52)	(48)	(100)	
Bajo	37.8	62.2	100	Xc2= 6.75165 Xt2= 5.99 p < 0.05 C.C.= 0.25149
Medio	60.9	39.1	100	
Alto	65.6	34.4	100	

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Los hallazgos indican que un porcentaje ligeramente mayor de familias jóvenes tienen EVPS suficientes (Tabla 1), lo que es consistente con los resultados de otros estudios en diferentes poblaciones en donde usaron esta misma escala de Pender y cols. (20,27-31). En las diferentes dimensiones del EVPS se dió una tendencia similar, en el sentido de encontrar mayor porcentaje de familias con EVPS suficiente en ejercicio, auto-realización, nutrición y manejo del stress (59, 56, 54 y 54% respectivamente) resultados que son corroborados con otros estudios (14,20,29,32).

Caso similar se encontró en la dimensión de responsabilidad de salud, en donde las familias se distribuyeron equitativamente en EVPS tanto suficiente como insuficiente. Por el contrario en la dimensión de apoyo interpersonal se encontró mayor porcentaje de familias con EVPS insuficiente (57%) que suficiente (43%), lo cual no es consistente con los hallazgos de Van Hook (33) quien señala prácticamente el apoyo interpersonal y manejo del stress como las dimensiones que se dan frecuentemente más favorecidos en familias y comunidades rurales debido a que ellos tienen que afrontar generalmente problemas económicos por la crisis agraria por los que se ven afectados y en consecuencia parecieran desarrollar una mayor capacidad de afrontamiento. Leininger (34) considera que también tiene notable influencia el contexto cultural de dichas familias, por su visión del mundo, estilo de vida y vivencias singulares que las hace más solidarias frente al stress.

Con relación a los factores que pueden estar influyendo en el EVPS, de las familias, los hallazgos señalan que hay relación entre la escolaridad, nivel de bienestar percibido, condiciones sanitarias de la vivienda y el estado de funcionamiento familiar percibido por el EVPS, que es similar con lo encontrado por otros autores.

En este estudio no se ha encontrado relación entre el lugar de residencia, la religión, el tipo y tamaño de la familia, nivel de ingreso,

ciclo de vida familiar, tiempo de convivencia de la pareja y el EVPS. Esto no quiere decir que necesariamente no haya relación, ya que la literatura reporta más asociación de las variables antes mencionada con el EVPS aún hay variables que al darse de conjunto potencian esta relación.

Los hallazgos no señalan relación estadísticamente significativa entre el lugar de residencia y el EVPS; sin embargo, la tendencia indica que en las familias de la zona urbana hay mayor posibilidad de encontrar familias jóvenes con EVPS suficiente más que en la zona rural, donde en un porcentaje ligeramente mayor de familias, el EVPS fué insuficiente (Tabla 2).

En el presente estudio, el mayor porcentaje de familias residían en la zona rural, en donde no existen los servicios de saneamiento básico, por lo que no se puede hablar de condiciones sanitarias de la vivienda adecuadas y es por esta razón que posiblemente también hayamos encontrado insuficiente EVPS.

Tradicionalmente, se ha vinculado a las familias de la zona rural con baja escolaridad, porque tiene poco acceso a los centros educativos. Los hallazgos señalan que mientras más alta sea la escolaridad de la familia, la posibilidad es mayor de tener EVPS suficiente (Tabla 3): Las que tienen bajo escolaridad representan la mayor proporción de las familias estudiadas y son de procedencia rural, situación que explicaría el porqué encontramos familias con insuficiente EVPS.

Situación similar se encuentra respecto a la religión, es sabido que en las familias residentes en la zona rural, su acentuado fervor religioso, especialmente entre los católicos, se transmite en todas sus actividades y situaciones de vida como si fuera una norma social que se hace extensiva a sus conductas de salud, relaciones familiares interpersonales e incluso dependencia familiar (35).

En este estudio, la mayoría de familias en la muestra fueron católicas, las que tenían un porcentaje ligeramente mayor con EVPS

insuficiente (Tabla 4). No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la religión y el EVPS; pero, la tendencia señala que en aquellas que profesan otra religión, cuya proporción en la muestra fué menor, se ha encontrado mayor porcentaje de familias con EVPS suficiente, lo cual es confirmado por otros estudios (34-36). Hay que aclarar que en este estudio, la categoría otra religión incluía a las familias que no profesan ningún credo.

Aunque no se encuentra relación estadísticamente significativa entre el nivel de ingreso y el EVPS, la tendencia porcentual señala que a mayor nivel de ingreso habría mayor posibilidad de encontrar familias con EVPS suficiente, en contraste con aquellas que tuvieron bajo nivel de ingreso que además presentaron EVPS insuficiente en un porcentaje ligeramente mayor, (Tabla 3).

Este hallazgo es consistente con lo reportado por Pratt (37) en que uno de los mecanismos a través de los cuales la miseria afecta adversamente a la salud, es el patrón deficiente de atención personal de salud.

En cuanto al tipo de familia, hubo una mayor proporción de tipo nuclear (80%) y de ellas un porcentaje ligeramente mayor tenían EVPS suficiente. No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y el EVPS (Tabla 4), a diferencia de otros estudios en que sí se encontró asociación entre estas variables (31,35,38-43). Los autores citados atribuyen esta relación a razones económicas, aduciendo que en las familias nucleares y de tamaño pequeño habría mayores recursos económicos disponibles que influenciarían las conductas de salud de sus miembros en sentido positivo.

Respecto al ciclo de vida familiar, no se ha encontrado relación estadísticamente significativa con el EVPS, salvo la tendencia porcentual que señala que a medida que se pasa de una etapa a otra de este ciclo, habría mayor posibilidad de encontrar familias con EVPS suficiente. (Tabla 4) Esta situación es consistente con otros estudios que encontraron

relación entre los estilos de vida, rutina, patrones de interés-gratificación propias de la pareja y el ciclo de vida familiar (23,44-46). Dichos autores manifiestan que esta relación abarca de igual manera al tipo y tamaño de la familia, funcionamiento familiar percibido y al tiempo de convivencia de la pareja. Esta última no tuvo relación estadísticamente significativa en este estudio; pero, la tendencia porcentual señala que a mayor tiempo de convivencia habría mayor posibilidad de encontrar familias con EVPS suficiente (Tabla 4). Velandía (39-40) considera esta variable dentro de una serie de otros factores que ejercen influencia directa sobre la salud de la familia, lo que explicaría la relación entre tipo, tamaño de la familia, ciclo de vida familiar, tiempo de convivencia y el EVPS de las familias.

En lo referente al grado de dependencia familiar, no se encuentra relación estadísticamente significativa con el EVPS (Tabla 4); pero, la tendencia señala relación inversa; es decir, a menor grado de dependencia familiar, habría mayor posibilidad de encontrar familias con EVPS suficiente y esta situación podría estar asociada al funcionamiento familiar percibido; al haber menor dependencia familiar habría un adecuado funcionamiento familiar y también un alto bienestar percibido y en consecuencia, un EVPS suficiente, probablemente atribuible a una mayor autoestima de la familia. Los hallazgos son concordantes con otros estudios (22,23,35,44,47) estos autores sugieren que tales variables confluyen en su relación con las conductas de salud de las familias. Por otro lado, Schulz y Rane (48) señalan que no solo el matrimonio es importante para el bienestar individual sino también las redes de apoyo que brinda la familia, lo que hace pensar en la tridimensionalidad: dependencia familiar-funcionamiento familiar percibido y nivel de bienestar percibido, (25,41-42,49).

De lo expuesto, se concluye que:

*Un poco más de la mitad (52%) de las familias jóvenes cajamarquinas presentan estilo de vida promotor de salud suficiente.

*Si bien un poco más de la mitad de las familias presentan un EVPS suficiente en lo que respecta a la escala total no sucede lo mismo en todas las dimensiones del constructo. En las dimensiones de ejercicio, auto-realización, nutrición y manejo del stress, son mayores los porcentajes de familias con EVPS suficiente; por el contrario, la dimensión de apoyo interpersonal tiene mayor porcentaje (57%) de EVPS insuficiente.

La mitad de familias tienen EVPS suficiente en la dimensión responsabilidad de salud.

En cuanto a las Variables Demográficas :

*Las familias que presentan un EVPS suficiente son aquellas que tienen mejores condiciones sanitarias de la vivienda y una mayor escolaridad.

*De las variables sociopsicológicas, el nivel de bienestar y funcionamiento familiar percibido están asociados con el EVPS de las familias jóvenes.

Tienen un EVPS suficiente aquellas familias que tienen un mayor nivel de bienestar y adecuado funcionamiento familiar percibido. No se encontró relación entre religión, lugar de residencia, tipo y tamaño de la familia, nivel de ingreso, grado de dependencia familiar y el EVPS.

*Del presente estudio se pueden derivar las siguientes hipótesis:

-En familias pequeñas la posibilidad de encontrar estilos de vida promotor de salud sería mayor que en familias grandes; lo mismo sucedería cuando la familia fuera nuclear.

-A medida que se va avanzando de una etapa a otra del ciclo de vida familiar, habría mayor posibilidad de encontrar familias con EVPS suficiente. Lo mismo sucedería con el tiempo de convivencia de la pareja.

-Mientras más alto sea el nivel de ingreso habría mayor posibilidad de encontrar familias que tengan EVPS suficiente.

-Mientras más bajo sea el grado de dependencia familiar mayor sería la posibilidad de encontrar familias con EVPS suficiente.

BIBLIOGRAFIA

DUNN, H.L. High Level Wellness. Arlington. USA. R.W. Beatty. 1961.

SINGER, J.E. The need to measure life-style. *International Review of Applied Psychology*. 31: 303-315.

ARDELL, D.B. The nature and implication of high level wellness, or why "normal health" is a rather sorry state of existence. *Health Values: Achieving High Level Wellness*. 3 (1): 17/24, 1979.

WIKET, J.A., CAMACHO, T.C. Life-style and future health: Evidence from the Alameda County Study. *Preventive Medicine*. 9: 1/21, 1980.

PENDER, N.J. A Conceptual Model for Preventive Health Behavior. *Nursing Outlook*. 23 (6): 385-390, 1975.

PENDER, N.J. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Norwalk, Connecticut. Appleton-Century-Crofts. 1987. 497 p.

DWORE, R.B., KREUTER, M.V. Reinforcing the case for health promotion. *Fam Commun Health*. 2 (4): 103/118, 1980.

BURGESS, W. Health promotion in the Community. In: BURGESS, W., RAGLAND, E.CH. (eds). **Community Health Nursing. Philosophy, Process, Practice**. Connecticut. Appleton-Century-Crofts. 1983. p. 219-231.

DUVALL, Evelyn M. **Family Development**. 2nd ed. Philadelphia. J.B. Lippincott Company, 1962.

ROWE, George P. The developmental conceptual-framework to the study of the family. In: NYE, Ivan F., BERARDO, Felix M. **Emerging conceptual frameworks in family analysis**. 2nd ed. New York. The MacMillan Company, 1967. p. 198-222. 328 p.

- MINISTERIO DE SALUD. Unidad de Estadística y Cómputo. Hospital de Apoyo de Cajamarca. **Población estimada por Provincia y Distrito. Cajamarca.** Perú. 1992.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Estimación de la distribución de hogares correspondientes a familias jóvenes en la Provincia de Cajamarca. Perú. 1986.
- WALKER, S.N., SECHRIST, K.R., PENDER, N.J. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. **Nursing Research.** 36 (2): 76-81, 1987.
14. WALKER, Susan Noble, KERR, Madeleine, PENDER, Nola J., SECHRIST, Karen R. A spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. **Nursing Research.** 36 (5): 268-273, 1990.
- REKER, G., WONG P. Psychological and physical well-being in the elderly: The perceived well-being scale (PWB). **Canadian Journal on Aging.** 3 (1): 23-32. 1984.
- SMILKSTEIN, G. The family Apgar a proposal form a family function test and its use by physicians. **J Fam Pract.** 6 (6): 79-87. 1978.
- HORWITZ C., Nina, FLORENZANO, Ramón, RINGELING, Isabel. Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. **Bol Of Sanit Panam.** 98 (2): 144-155. 1985.
- S.A.S. Institute Inc. **S.A.S. User's Guide: Basics.** 5th ed. SAS Institute Inc. North Carolina. E.U.A. 1985, 1292 p.
- S.A.S. Institute Inc **S.A.S. User's Guide: Statistics.** 5th ed. SAS Institute Inc. North Carolina. E.U.A. 1985. 957 p.
- KERR, M.J. RITCHNEY, D.A. Health-promoting lifestyle of English-speaking and Spanish-speaking Mexican-American migrant farm workers. **Public Health Nursing.** 7 (2): 80-87, 1990.
- HORWITZ C., Nina, FLORENZANO, Ramón, RINGELING, Isable. Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. **Bol Of Sanit Panam.** 98 (20): 144-155, 1985.
- HORWITZ C., Nina. Consideraciones sociológicas acerca de la relación entre familia y atención primaria de salud. In: FLORENZANO, R., HORWITZ, N., RINGELING, P.I., VENTURINI, G., VILLASECA, P. (eds). **Salud Familiar.** 1a ed. Santiago. Corporación de Promoción Universitaria, 1986. p. 59-73.
- FORENZANO, Ramón. Ciclo vital del individuo y de la familia. In: FLORENZANO, R., HORWITZ, N., RINGELING, I. VENTURINI, G., VILLASECA, P. (eds). **Salud Familiar.** 1a ed. Santiago. Corporación de Promoción Universitaria, 1986. p. 75-94.
- FLORENZANO, R., HORWITZ, N. Salud Familiar: Desarrollo Conceptual y su Aplicación. Documento de Trabajo CEAP N° 12. Universidad de Chile. Santiago. 1984.
- DUFFY, Mary E. Determinants of health promotion in midlife women. **Nursing Research.** 37 (6): 358-362, 1988.
- WEITZEL, M.H. A test of the health promotion model with blue collar workers. **Nursing Research.** 38: 99-104, 1989.
- PENDER, Nola J., WALKER, Susan N., SECHRIST, Karen R., FRANKSTROMBORG, Marilyn. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. **Nursing Research.** 39 (6): 326-332, 1990.
- WALKER, S.N., SECHRIST, K.R., PENDER, N.J. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. **Nursing Research.** 36 (2): 76-81, 1987.
- WALKER, S.N., VOLKAN, K., K.R., PENDER, N.J. Health-promoting lifestyles of older adults: Comprisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. **Advances in Nursing Sciences.** 11 (1): 76-90, 1988.

BOMAR, P.J., HAUTMAN, M.A. Gender differences in health practices of black couples with a hypertensive spouse. **J Human Hypertens.** 4 (2): 100-102, 1990.

VAN-HOOK, M. Family response to the farm crisis: a study in coping. **Soc-Work.** 35 (5): 425-431, 1990.

LEININGER, Madeleine. The cultural context of behavior; Spanish-Americans and Nursing Care. In SPRADLEY, B.W. (ed). **Contemporary Community Nursing.** 5 st ed. Boston. Little Brown and Company. 1975. p. 159-174. 467 p.

LEVIN, Jeffrey S., VANDERPOOL, Harold Y. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. **Social Science and Medicine.** 24:589-600, 1987.

ELLISON, Christopher G. Religious involvement and subjective well-being. **Journal of Health and Social Behavior.** 32: 80-99, 1991.

PRATT, Lois. The relationship of socioeconomic status to health. In: REINHARDT, A.M., QUINN, M.D. **Family-Centered Community Nursing. A Sociocultural Framework.** Saint Louis. The C.V. Mosby Company, 1973. p. 95-106.

NYE, F. Ivan, BERARDO, Felix M. **The Family Its Structure and Interaction.** New York. Macmillan Publishing Co., Inc. 1973. 658 p.

VELANDIA, Ana Luisa, ZHURAVLIOVA, Claudia I. Modelo de valoración integral de salud de la familia latinoamericana. **Investigación y Educación en Enfermería.** Medellín. 1 (2)Ñ: 39-68, 1984. Marzo a Septiembre.

ALVAREZ M., María de la Luz. **Deprivación y familia.** 1a ed. Santiago. Editorial Universitaria. 1982. 158 p.

ALVAREZ M., María de la Luz. **Deprivación y modelos parentales.** 1a ed. Santiago. Editorial Universitaria. 1986. 132 p.

ZUBKOVA, N.Z., MIKHAL'SKAIA, E.V. Sotsial'no-gigienicheskii portret molodou sem'i ee problemy (Socio-higienic portrait of a young family and its problems). **Sov- Zdravookhr.** (10): 27-32, 1981.

BOWEN, M. The use of family therapy in clinical practice. **Comprehensive Psychiatric.** 7: 345-374, 1966.

RAPAPORT, R. Normal crisis, family structure, and mental health. **Family Process.** 2: 68-80, 1983.

HURWICZ, M.L., DURHAM, C.C., BOYD-DAVIS, S.L., GARZ, M., BENGTON, V.L. Salient life events in three-generation families. **J-Gerontol.** 47 (1) P11-3, 1992.

LAU, Richard R., JACOBS Q., Marilyn, HARTMAN, Karen A. Development and change of young adults preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers. **Journal of Health and Social Behavior.** 31: 240-259, 1990.

SCHULZ, Richard, RAU, Marie T. Social support through the life course. In: COHEN, Sheldon, SYME, S. Leonard. (eds). **Social Support and Health.** Orlando. Florida. Academic Press, Inc. 1985. p. 129-149. 390 p.

PRATT, Lois . Family structure and effective health behavior The energized family. Boston. Houghton Mifflin Company, 1976.

Mayor Información

Carlos Alberto Tello
Universidad Nacional de Cajamarca
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería. Villa Universitaria
Cajamarca - Perú