

LOCUS DE CONTROL Y CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD DE LAS MUJERES JEFAS DE HOGAR DE LA TULLPUNA, CAJAMARCA, PERU, 1998

LOCUS OF CONTROL AND HEALTH PROMOTION BEHAVIORS IN HOUSEWIFE – LEADERS, LA TULLPUNA, CAJAMARCA, PERU, 1998

DIORGA NELIDA MEDINA HOYOS* y VERONICA BEHN THEUNE**

RESUMEN

Estudio descriptivo cuyo propósito fue estudiar en Mujeres Jefas de Hogar el Locus de Control de Salud (Interno, Casualidad y Otros Poderosos) medido con la Escala Multidimensional de Wallston, Wallston y DeVellis, y Conductas Promotoras de Salud, con la escala Estilos de Vida Promotor de Salud de Walker, Sechrist y Pender. Los resultados indican el mayor puntaje en el Locus de Control de Salud Interno. El 51 % de las Mujeres tuvo Conductas Promotoras de Salud negativas. Significación estadística para el Locus de Control de Salud Interno tuvo el estado marital, tamaño de la familia y escolaridad; esta última variable también tuvo significación con el Locus de Control de Salud de Otros Poderosos. Las Conductas Promotoras de Salud y las variables relacionadas significativamente fueron: Autorrealización con estado marital; Tamaño de la familia y escolaridad; Responsabilidad en Salud con estado marital y escolaridad; Nutrición con estado marital, ocupación y escolaridad; y Manejo del Estrés con estado marital y escolaridad.

El análisis de Correlación r Pearson mostró relación significativa positiva entre Locus de Control Interno y las dimensiones Responsabilidad de Salud y Nutrición, y relación negativa con Auto-realización y Apoyo Interpersonal. Hubo relación positiva entre Locus de Control de Otros Poderosos y Manejo del Estrés.

Palabras claves: Locus de Control de Salud, Conductas Promotoras de Salud , Mujeres Jefas de Hogar.

ABSTRACT

The aim of this descriptive research was to study the Health Locus of Control (Internal, Chance and Other Powerful) in Housewife-leaders using the Multidimensional Scale of Wallston, Wallston and De Vellis, and the Health Promotion Behavior with the scale of Health Promotion Lifestyles from Walker, Sechrist and Pender.

Findings showed up the highest average obtained in the Internal Health Locus of Control. The 51% of the housewife-leaders had negative Health Promotion Behaviors. Significant differences were found with marital status, family size and schooling related to Internal Health Locus of Control; and schooling was found significant with other Powerful Health Locus of Control. Health Promotion Behaviors and significant related variables were: Self-actualization with marital status, family size and schooling ; Health Responsibility with marital

*Enfermera Magister en Enfermería en Salud Comunitaria, Profesor Asociado, Facultad Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca - Perú.

**Profesor Asesor, Magíster en Enfermería en Salud Comunitaria. Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción - Chile.

status and schooling; Stress Management with marital status, occupation and schooling. Pearson Correlation Analysis showed a significant positive relation with the Internal Locus of Control and the Health Responsibility and Nutrition, and negative relation with Self-actualization and Interpersonal support. Positive relation was also found with other Powerful Locus of Control and Stress Management.

Keywords: Health Locus of Control, Health Promotion Behaviors, Housewife-leaders.

INTRODUCCION

Presentación y fundamentación del problema

En la década del 80, en un contexto de severa crisis económica y cambios políticos, surgió en América Latina la preocupación por el tema de "Jefatura de hogar femenina" asociada a la feminización de la pobreza y a las desigualdades en el acceso de las mujeres a los distintos espacios laborales, educativos, de salud, entre otros (Irrarrazabal, 1995, OPS, 1994). Situación que trae como consecuencia problemas sociales, económicos y familiares con serias repercusiones en la salud de estas familias. Ello plantea la necesidad de generar y focalizar políticas (educativas, sociales, laborales, de salud, etc.) que tomen en cuenta la posición de la Mujer Jefa de Hogar (MJH) para lograr cambios efectivos en la adopción de conductas de salud positivas que contribuyan a mejorar la calidad de vida. (PIEM 1996)

En el Perú, según Blondet (1994), el 23% de los hogares está bajo la responsabilidad de mujeres, quienes en su calidad de jefas de hogar tienen que encargarse de las tareas domésticas, además de aportar los recursos para la mantención de sus hijos y otros dependientes (padres, abuelos, etc.), estimándose un promedio de cinco personas por familia.

La jefa de hogar, como toda mujer, debe responder a lo que se espera de ella como madre, tanto frente a los otros, como frente a sí misma. Pero, además, debe asumir el rol de proveedora, debe ser "padre y madre a la vez". Esta multiplicidad es, sin duda, fuente de grandes conflictos, puesto que en una so-

cialidad que no asume en forma consciente este cambio, la jefa de hogar debe enfrentar sola los desafíos de la vida lo mejor que puede y con los medios que tiene a su alcance.

Un documento emitido por la oficina del Servicio Nacional de la Mujer-Chile (1995) reconoce la responsabilidad familiar que asume la jefa de hogar y su constante actividad de servicio a los demás, dejando de ser agente de su propia salud. Es por ello que el trabajo educativo y preventivo dirigido a ellas, adquiere especial relevancia (Covarrubias, 1978; Henríquez, 1995).

Pender (1987) señala que el proceso de abogar por la salud debe aumentar la probabilidad de las personas (individuo, familia y comunidad) para que apoyen las prácticas de salud positivas y las conviertan en norma social capaz de implementar estrategias de promoción de la salud.

Dyer (1991) comenta que más del setenta y cinco por ciento de la gente en nuestra cultura vive pendiente de la modernidad, sin precaver las consecuencias desfavorables en sus estilos de vida. Esta tendencia tiene una orientación de personalidad dirigida hacia un comportamiento controlado por fuerzas externas. Sólo una cuarta parte de la población tiene una orientación interna para asumir su responsabilidad ante los acontecimientos, sean éstos positivos o negativos. Estas tendencias se conocen como Locus de Control. Basándose en Rotter (1972), define Bonilla (1994) el Locus de Control como un rasgo de la personalidad en el que el individuo percibe que los acontecimientos son consecuencia de su conducta o de sus características relativamente permanentes (Locus de Control Interno); o que cree que los acontecimientos son

causados, más allá de su control personal, por el azar, suerte, destino, u otros poderosos. (Locus de Control Externo).

Por lo tanto, conocer el Locus de Control de las Mujeres Jefas de Hogar permitirá reconocer en ellas qué aspecto de la personalidad tiene relación con la percepción de los sucesos o eventos que las afectan, tanto física como psicológicamente.

Jiménez (1993) señala que para promover conductas de salud positivas, se requiere de acciones en muchos niveles, a nivel individual, desde la infancia hasta la senectud; en la familia, desde la formación de pareja hasta la etapa del nido vacío; en los grupos sociales, en sus planes y objetivos. Teniendo en cuenta que de las 10 primeras causas de muerte, tanto a nivel mundial como nacional, 7 podrían ser sustancialmente reducidas si las personas mejoraran algunos aspectos de su estilo de vida (dieta, ejercicio, tabaco, alcohol y sedentarismo). Encontrar personas con Locus de Control Interno será de gran ayuda para el trabajo de Enfermería Comunitaria, porque estas personas podrán participar como "Otras Poderosas" para aquellas personas con Locus de Control Externo. Por ello, la Enfermera debe conocer estos aspectos, para comprender en qué magnitud afectan o favorecen la salud de las MJH y su grupo familiar. (Medina y Behn, 1999).

Se creyó conveniente realizar este estudio en la comunidad de La Tullpuna del distrito de Cajamarca, Perú, por ser una población donde se evidencia la problemática de la mujer jefa de hogar, y se desconoce su realidad sanitaria, su Locus de Control y sus Conductas Promotoras de Salud. Con los resultados de esta investigación se contribuirá con un nuevo enfoque para reorientar las estrategias de los programas de promoción de la salud, así como darle otro fundamento a la intervención de enfermería para las jefas de hogar, respetando los aspectos de Locus de Control que para ellas resulten más relevantes. Además, se sugiere incorporar este interesante enfoque en la asignatura que prepara a los estudiantes de Enfermería en Educación para la Salud Familiar.

OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar las relaciones existentes entre el Locus de Control de Salud Multidimensional y las Conductas Promotoras de Salud en las Mujeres Jefas de Hogar de la comunidad La Tullpuna del Distrito de Cajamarca-Perú, según algunas características sociodemográficas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de las Mujeres Jefas de Hogar de la comunidad de La Tullpuna-Cajamarca (edad, estado marital, ingreso económico, ocupación, tamaño de la familia y escolaridad).
2. Identificar el Locus de Control de Salud Multidimensional en Mujeres Jefas de Hogar de la comunidad de La Tullpuna-Cajamarca en las dimensiones: Interno, Casualidad (suerte, destino y azar) Otros Poderosos (amigos, médico, enfermera).
3. Analizar la relación del Locus de Control de Salud Multidimensional con las características sociodemográficas de las Mujeres Jefas de Hogar de la comunidad de La Tullpuna-Cajamarca.
4. Identificar las Conductas Promotoras de Salud en Mujeres Jefas de Hogar de la comunidad de La Tullpuna-Cajamarca en las dimensiones: Auto-realización, Responsabilidad de la Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal, Manejo de Estrés.
5. Analizar la relación entre las Conductas Promotoras de Salud y las características sociodemográficas de las Mujeres Jefas de Hogar de la comunidad de La Tullpuna-Cajamarca.
6. Analizar la relación entre el Locus de Control de Salud y las Conductas Promotoras de Salud de las Mujeres Jefas de Hogar de la comunidad de La Tullpuna-Cajamarca.

MATERIAL Y METODO

Diseño: La investigación de tipo descriptiva transversal.

Universo: Se consideró a todas las Mujeres Jefas de Hogar (MJH) del distrito de Cajamarca mayores de 18 años con hogar propio que, según el Informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI-1996), fue de 1.150 MJH, correspondientes al 23 % de las familias registradas.

Muestra: El uso del Statgrafic proporcionó una muestra del 10% del universo, correspondiente a 115 MJH que se seleccionaron al azar de la comuna de Tullpuna. Esta comuna fue elegida por ser de fácil acceso y representativa del universo.

Unidad de análisis: Fue definida como la mujer mayor de 18 años que sustenta su hogar con su trabajo remunerado formal o informal y que tiene hijos o familiares a su cargo.

Recolección de datos: Los datos fueron obtenidos a través de la entrevista personalizada, utilizando tres instrumentos:

–El cuestionario elaborado por la autora, para recolectar la información sobre las características sociodemográficas de las MJH.

–La Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud, elaborada por Wallston, Wallston y De Vellis (1978), que evalúa el grado de responsabilidad que sienten las personas por su salud. Esta escala consta de tres dimensiones: Interno, Casualidad (suerte, destino, azar) y Otros Poderosos (amigos, parientes, personal de salud).

–La Escala Estilos de Vida Promotor de Salud, elaborada por Nola Pender (1987), postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de conductas de salud, consta de 6 dimensiones: Auto-realización, Responsabilidad de Salud, Ejercicio, Nutrición, Apoyo Interpersonal y Manejo del Estrés.

Validez y confiabilidad de los datos: Se comprobó con una prueba piloto en 20 MJH, y por el criterio de jueces, consultándose a 5 profesores de la Universidad de Concepción. Para la Escala Estilos de Vida Promotor de Salud se creyó conveniente considerar la validación hecha por Pender en 1987 y 1990, Tello en 1992 y Vásquez C., 1995.

Para medir la confiabilidad de las dos escalas se calculó el coeficiente de correlación Alpha de Cronbach, obteniéndose los siguientes valores:

–Escala Multidimensional Locus de Control de Salud	0.89
–Escala Estilos de Vida Promotor de Salud	0.77

Análisis de los datos: Se utilizaron los paquetes estadísticos para las Ciencias Sociales SPSS versión 5.0 y el SAS, tanto para la descripción cuantitativa de las variables sociodemográficas con frecuencias absolutas y relativas, como para el análisis descriptivo univariado de las Variables Locus de Control de Salud y Conductas Promotoras de Salud.

Se utilizó estadística inferencial para la evaluación del cruce de variables:

–Análisis de varianza y Test Tukey.

–Análisis de Correlación r Pearson para la relación de dependencia lineal de las variables Locus de Control de Salud y Conductas Promotoras de Salud.

RESULTADOS

Las Mujeres Jefas de Hogar se encuentran concentradas en el grupo de adulta madura (49%), el 38% son casadas, el 50% tienen ingreso económico bajo, predominando la ocupación obrera (45%), el 44% tienen familia mediana (4-5 hijos) y el 47% tienen escolaridad baja.

De acuerdo al Locus de Control se encontró la media más alta (43.13 pts.) en Locus de Control Interno. El 51% de las MJH pre-

sentaron Conductas Promotoras de Salud (CPS) negativas, en las dimensiones Auto-realización, Ejercicio, Manejo del Estrés, y CPS positivas en Responsabilidad de Salud, Nutrición y Apoyo Interpersonal.

En la Tabla 1 se observa que las variables sociodemográficas que revelaron significa-

ción estadística en relación al Locus de Control Interno de las MJH son: el estado marital ($p < .001$), el tamaño de la familia ($p < .03$) y la escolaridad ($p < .001$). Además se observa que la escolaridad mostró una relación significativa en el Locus de Control de Otros Poderosos.

Tabla 1. Locus de Control de Salud, según algunas variables sociodemográficas significativas.

Variables Sociodemográficas	LOCUS DE CONTROL INTERNO			OTROS PODEROSOS		
	Pje. X	P	Tukey	Pje. X	P	Tukey
Estado marital		.001				
Casada	46		AB			
Unión libre	41		AB		n.s.	
Madre soltera	41		BC			
Divorciada	49		A			
Viuda	36		C			
Tamaño de la familia		.03				
Pequeña	45		B			
Mediana	41		AB		n.s.	
Grande	42		A			
Escolaridad		.001			.001	
Baja	37		B	32		B
Media	49		A	40		A
Alta	47		A	39		A

El Test de Tukey indica que las mujeres viudas y divorciadas tienen un Locus de Control diferente a las demás categorías del estado marital.

El análisis de varianza del Tamaño de la Familia indica que esta variable determina el Locus de Control de las MJH, distinguiéndose la familia pequeña de aquella de tamaño grande, según el Test de Tukey.

La escolaridad es una variable que, con el Test de Tukey permite apreciar el diferencial que se produce con la baja escolaridad en relación a los demás niveles. El grado de escolaridad es una característica determinante del Locus de Control Interno y de Otros Poderosos, según el análisis de varianza.

En la Tabla 2 se muestra la relación entre estado marital y las CPS en cuatro de sus dimensiones: existen diferencias significati-

vas en Auto-realización, responsabilidad de salud, nutrición y manejo del estrés con una probabilidad de error menor al 5 %. El Test TUKEY (A-B) indica la diferencia significativa que existe dentro de los grupos de estado marital de las Mujeres Jefas de Hogar en relación a cada una de las dimensiones de las CPS. Así en Auto-realización los grupos de las viudas y unión libre presentan diferencias significativas con los grupos de Mujeres Jefas de Hogar casadas y divorciadas. El grupo de madres solteras es indiferente. Así mismo, en responsabilidad de salud y nutrición presentan diferencias significativas el grupo de las casadas frente al de las viudas. Los demás grupos son indiferentes. Por lo tanto, se concluye que el estado marital es una característica importante en la adopción de CPS.

Tabla 2. Conducta Promotora de Salud en sus diferentes dimensiones, según características sociodemográficas significativas.

Variables Sociodemogr.	AUTO-REALIZACION			RESP. EN SALUD			NUTRICION			APOYO INTERPERS			MANEJO DE ESTRÉS		
	X	P	Tuk	X	P	Tuk	X	P	Tuk	X	P	Tuk	X	P	Tuk
Estado marital	.001			n.s.			.01			.05			.03		
Casada	19		B				15		A	24		A	10		A
Unión libre	23		A				13		AB	20		AB	11		A
Madre solt.	20		AB				13		AB	19		AB	12		A
Divorciada	19		B				14		AB	22		AB	10		A
Viuda	23		A				11		B	16		B	11		A
Ocupación	n.s.			n.s.			.02			n.s.			n.s.		
Ama casa							12		B						
Trab hogar							13		B						
Obrera							14		B						
Profesional							21		A						
Tamaño Fam.	.05			n.s.			n.s.			n.s.			n.s.		
Pequeña	22		A												
Mediana	20		AB												
Grande	19		B												
Escolaridad	.003			.0001			.0002			n.s.			.02		
Baja	21		A	16		B	13		B				11		A
Media	19		B	25		A	14		A				10		AB
Alta	21		AB	23		A	16		A				10		B

En el análisis de Varianza de la variable Ocupación existe diferencia significativa entre ocupación y nutrición, con una probabilidad de error menor al 5 %, lo que se corrobora con el Test Tukey donde se señala que la relación es significativa entre el grupo de mujeres profesionales con cada uno de los grupos con denominación B, concluyendo que la ocupación es una característica que influye en la adopción de la CPS en Nutrición.

El análisis de varianza nos señala además que existen diferencias significativas entre tamaño de familia y la dimensión de Auto-realización. El Test Tukey muestra la relación de significancia entre el tamaño de familia pequeña con respecto a la familia grande, se puede concluir que el tamaño de familia es una característica influyente para adoptar la CPS de Auto-realización.

Finalmente se observa la escolaridad con respecto a las CPS. El análisis de varianza determinó que existen diferencias altamente significativas en las dimensiones de auto-realización, responsabilidad de salud, nutrición y manejo del estrés. El Test Tukey indica que existen diferencias significativas en los grupos:

–*Auto-realización:* Entre los grupos de escolaridad baja y media.

–*Responsabilidad de salud:* Los grupos de escolaridad media y alta con respecto al grupo de escolaridad baja.

–*Nutrición:* Los grupos escolaridad alta y media con respecto al grupo de escolaridad baja.

–*Manejo del estrés:* Presenta diferencias significativas el grupo de escolaridad baja con respecto al grupo de escolaridad alta.

La Tabla 3 muestra que en la relación de Locus de Control de Salud con cada una de las dimensiones de las CPS se encontró una relación positiva altamente significativa entre Locus de Control de Salud Interno y las dimensiones de: Responsabilidad de Salud

y Nutrición y relación negativa significativa con Auto-realización, y Apoyo Interpersonal y relación positiva significativa en Locus de Control de Salud Otros Poderosos con la dimensión Manejo del Estrés.

Tabla 3. Relación entre locus de control y conductas promotoras de salud de las mujeres jefas de hogar de la Tullpuna. Cajamarca – Perú.

LOCUS DE CONTROL SALUD	CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD					
	Auto-Realización	Responsab Salud	Ejercicio	Nutri-ción	Apoyo-inter Personal	Manejo Estrés
Interno	-.3051 P.001*	.4706 P.000*	.0015 P.988	.4081 P.000*	-.2366 P.011*	-.1779 P.057
Otros Poderosos	.0426 P.651	.0211 P.823	.0364 P.700	-.0654 P.487	.0543 P.564	.1775 P.052*
Casualidad	.0916 P.336	-.1213 P.196	-.0133 P.888	.0591 P.558	-1062 P.259	.0877 P.351

DISCUSION

Las características sociodemográficas de las Mujeres Jefas de Hogar del presente estudio concuerdan con comunicaciones de otros países, en que los antecedentes que dan cuenta de la situación social y económica que tienen estas mujeres al asumir solas una responsabilidad que normalmente es compartida (Fauné, 1991). De igual forma concuerda con Irrarázabal (1995) quien reporta las implicancias y consecuencias de la jefatura femenina en la salud y bienestar de sus familias.

Al aplicar la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud, se encontró que la media más alta de puntajes corresponde al Locus de Control Interno. Esto significa que estas mujeres asumen con responsabilidad la jefatura de hogar, sintiendo el refuerzo en los logros alcanzados por su propio esfuerzo. Estos hallazgos llaman la atención porque, de acuerdo a la literatura revisada sobre este tópico, se ha encontrado que la MJH tiene que enfrentar varios y grandes obstáculos como sostenedoras de familias incompletas, lo que conlleva a vivir períodos de depresión producto de una vida de

ausencia y carencia, en que su Locus de Control está más bien influenciado por la Casualidad o por Otros Poderosos.

Los resultados muestran que estas mujeres a pesar de las condiciones adversas que viven, llegan a asumir positivamente su posición de jefas de su núcleo familiar, lo que les permite actuar con responsabilidad para buscar estrategias y poder enfrentar el desafío que les presenta la vida. Hallazgos que son refrendados por Pender (1975) y McDonald (1994) quienes al estudiar la responsabilidad de salud en mujeres también encontraron que las medias más altas correspondían a Locus de Control Interno.

Analizando las CPS, los hallazgos indican que el 51% de las Mujeres Jefas de Hogar tiene conductas negativas, lo que es consistente con los resultados de otros estudios en diferentes grupos sociales y que usaron el modelo de Pender (Aije vych y Bernard, 1994; Vázquez, 1996). No así con los reportados por Tello (1992) quien encontró que más de la mitad de familias jóvenes cajamarquinas presentó estilos de vida promotor de salud suficientes.

En las diferentes dimensiones de las CPS

se encontró que presentaron Conductas de Salud positivas en Responsabilidad de Salud, Nutrición y Apoyo Interpersonal (50 %, 52 %, 54 %, respectivamente), resultados que son corroborados por los estudios de Kerr y Ritchney (1990), Walker y colaboradores (1990), y Pender y colaboradores (1990). Por el contrario, en las dimensiones de Auto-realización, Ejercicio y Manejo del Estrés se encontró mayor porcentaje de Mujeres Jefas de Hogar con Conducta Promotoras de Salud negativas, lo cual no es consistente con lo reportado por Duffy (1988) y Lechlitner (1995) quienes encontraron CPS positivas en estas dimensiones. Estos hallazgos reflejan los problemas de salud que las mujeres Jefas de Hogar no son capaces de enfrentar adecuadamente debido a la situación del doble rol.

Los resultados obtenidos a nivel de cada una de las características sociodemográficas y su asociación con el Locus de Control y las CPS indican que:

En cuanto a estado marital y Locus de Control, se encontró que existen diferencias significativas, en la dimensión de Locus de Control Interno, por lo que se puede afirmar que el estado marital en pareja es una característica que determina la responsabilidad en las mujeres jefas de hogar. Estos hallazgos concuerdan con Romero (1997), que encontró diferencias significativas entre estado civil y bienestar percibido de mujeres trabajadores, señalando "que el estado conyugal en pareja proporciona estabilidad emocional, física, económica y social a la mujer". De acuerdo con estos resultados, podría decirse que el hecho que la mujer jefa de hogar sea casada o tenga sus hijos reconocidos, significa tener un respaldo económico mensual, que la ley le asegura, lo que se tornaría en refuerzo positivo que le permite desarrollar un Locus de Control Interno.

En lo referente a estado marital y CPS, se encontró diferencias significativas en las dimensiones Auto-realización, Responsabilidad de salud, Nutrición y Manejo del Estrés. Estos hallazgos son refrendados por Tello (1992) quien encontró que las familias de su estudio presentaron estilos de vida suficiente

en las dimensiones mencionadas. Con lo que se concluye que el estado marital es una característica determinante para asumir con responsabilidad conductas de salud positivas.

Las CPS en su dimensión de Nutrición presentaron diferencias significativas con los niveles de ocupación de las MJH. Esto podría deberse a que las mujeres profesionales también tienen un nivel educacional más alto y priorizan la alimentación en la satisfacción de sus necesidades. También se puede considerar la afirmación de Orem (1983) quien refiere que la ocupación es un factor que influye en la persona cuando adopta conductas para mantener la salud, pues el tipo y horas de trabajo diario producen cambios de comportamiento en los estilos de vida.

La relación positiva entre el Tamaño de la Familia y el Locus de Control Interno y la CPS en Auto-realización es corroborado por Walker y colaboradores (1988) y Delgado (1991), quienes atribuyen esta asociación a razones económicas, señalando que las familias nucleares y de tamaño pequeño disponen de mayores recursos que influyen en las CPS de sus miembros en forma positiva.

En la asociación de la escolaridad con el Locus de Control Interno y CPS (Auto-realización, Responsabilidad de Salud, Nutrición y Manejo del Estrés) podemos afirmar que a medida que aumenta la escolaridad de las Mujeres Jefas de Hogar, ellas asumen con mayor responsabilidad y fundamento el rol de cuidar su salud y adoptar estrategias que le permitan mantener Conductas Promotoras de Salud positivas.

También podemos resaltar que existe diferencia significativa entre escolaridad y Locus de Control de Salud de Otros Poderosos. Esto nos demuestra el papel importante que desarrolla el personal de Enfermería, que trabaja en esa zona. Ellos actúan como Otros Poderosos y, a través de la educación sanitaria, logran que las mujeres cuiden su salud y la de su familia. Estos hallazgos son refrendados por el informe emitido por el INEI (1996) donde se reporta que la educación de la población peruana ha mejorado, destacando que la educación de las mujeres ha sido signi-

ficativa en el incremento de los indicadores de salud positivos. Lechlitner y colaboradores (1995) encontraron diferencias significativas entre la educación y las medias de las subescalas Auto-realización, Nutrición y Manejo del Estrés. Vázquez (1996) relacionó CPS con características sociodemográficas y encontró que el 50% de profesores catalogados con escolaridad alta tenían CPS positivas.

Analizando la relación entre Locus de Control de Salud y las dimensiones de las CPS, se encontró que las MJH con mayor Locus de Control de Salud Interno tenían más Responsabilidad de Salud y Nutrición y desarrollaron menos su Auto-realización y sienten poco apoyo dentro de su lugar de residencia. Así mismo sienten que el Manejo del Estrés es controlado por los Otros Poderosos. Estos hallazgos son refrendados por McDonald (1994) quien sostiene que cuando las personas tienen diferentes Locus de Control toman diferentes estrategias para enfrentar los problemas de salud. Peinado (1986) sostiene que los diferentes Locus de Control surgen cuando un estímulo o situación adquiere un valor. A partir de ese momento los sujetos con Locus de Control preponderantemente Interno prestan atención únicamente a aquellos estímulos que le son relevantes, mientras que los externos continúan respondiendo a todo tipo de información.

CONCLUSIONES

-Relacionando el Locus de Control de Salud y las Conductas Promotoras de Salud se encontró correlación positiva altamente significativa en las dimensiones de Locus de Control de Salud Interno con Responsabilidad de Salud y Nutrición; y correlación negativa, significativa con Auto-realización y Apoyo Interpersonal.

-Locus de Control de Salud de Otros Poderosos con Manejo del Estrés, lo que significa que estas mujeres presentan un mayor interés en la orientación ofrecida por el equipo de salud. Aspecto que es favorable como

factor de apoyo al rol culturalmente asignado a la mujer de protectora, tendiente más a la integración y al servicio de liderazgo.

Las variables predictoras estado marital, ocupación, tamaño de familia y escolaridad influyen significativamente en el Locus de Control de Salud Interno de las Mujeres Jefas de Hogar, lo que les permite adoptar con responsabilidad las CPS en las dimensiones de Auto-realización, Responsabilidad de Salud, Nutrición y Apoyo Interpersonal y que existen personas significativas (Locus de Control de Otros Poderosos) que los orientan sobre el manejo del estrés para enfrentar el doble rol (padre y madre).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AHIJEVYCH, K. y BERNARD, L. 1994. Health promoting behavior of african american women. Nursing Research, 43 (2) ; 26 - 29.
- BANDURA, A. 1986. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. New York. Englewood cliffs. NJ. Prentice.
- BLONDET, C. ; MONTERO, C. 1994. Situación de la mujer en el Perú 1980-1994. Lima, Edit. Instituto de Estudios Peruanos.
- BONILLA, M., CAMACHO, M. HERNANDEZ, A: 1994. "Locus de control en hombres y mujeres adolescentes". Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 7(2): 105-10.
- COVARRUBIAS, P., FRANCO, R. 1978. Chile, mujer y sociedad - UNICEF. Santiago, Chile, Edit. Alfabet.
- DELGADO, J. 1991. "Factores familiares que influyen en la conducta de salud de las familias urbano marginales de Villa Nonguén". Concepción, Universidad de Concepción (Tesis Magister en Enfermería).
- DUFFY, M. E., 1988. "Determinants of health promotion in midlife women". Nursing Research, 37 (6): 358-62.
- DYER, W. 1991. Tus zonas erróneas. Santiago, Chile, Ed. Grijalbo, S.A.
- FAUNÉ, M. .A. 1992. Diagnóstico de las mujeres nicaragüenses y salvadoreñas refugiadas en Costa Rica, Costa Rica. Ed., FOREFEN.
- HARRÉ, R. LAMB, R., 1992. "Diccionario de psicología social y de la personalidad". In PHARES (1957). Lugar de control (locus of control). Barcelona, Buenos Aires, México. Editorial Paidós, 261-62.
- HENRIQUEZ, A. L., 1995. Metodología para diagnósticos laborales para capacitación del programa de jefas de hogar. Santiago, SERNAM.
- INEE, Ministerio de Salud, Perú. Lineamientos de políticas de salud 1995-2000. Lima. Edit. MINSA. 1996.

- INEE, CONAPO & UNFPA. 1996. Estado de la población peruana 1996, Lima. edit. CONAPO; UNFPA.
- IRARRAZABAL, & PARDO, Lucia. Jefatura femenina, estructura del hogar y pobreza. Santiago, Chile, editorial SRV, S.A, 471. Cap. 1.
- JIMENEZ, D. 1993. "Estilos de vida: Instrumentos en programas de promoción de salud". Revista Médica. Chile. 121: 574-80.
- KERR, M.J., RITCHEY, D. A. 1990. "Health - promoting lifestyles of english - speaking and spanish - speaking mexican - american migrant farm workers". Public Health Nursing. 7(2) : 80-7.
- LECHLITNER S. KERR M. RONIS L.; 1995. "Health promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers". Nursing Research. 44 (1): 20-4.
- LEFCOURT, M. 1981. Locus of control, current trends in theory an research, New York. Edit. Hillsdole. 475-9.
- McDONAL, M., LAING P. & FAULKNER, R. 1994. "The relationship of health - promoting behaviour to health locus of control: analysis of one baccalaureate nursing class", Canadian Journal of Cardiovascular Nursing. 5(2): 11-8.
- MEDINA, D.N., BEHN, V. 1999. "Importancia del constructo Locus de Control para Enfermería". Revista Ciencia y Enfermería. 5 (1): 13-18.
- OPS. 1994. Las condiciones de salud en las Américas. Ginebra. OMS/OPS, V.1: 336-41
- OREM E. 1983. Normas Prácticas de enfermería. España. Ed. Pirámide, 22 - 5.
- PEINADO, M. 1986. "GSR, expectativa de control I-E y atención a los estímulos", Revista de Psicología General y Aplicada. 41 (1): 43-52.
- PENDER, N., 1975. "A conceptual model for preventive health behavior", Nursing Outlook. 39 (6): 385-90.
- PENDER, N. 1987. Health Promotion in Nursing Practice. 2º. Ed. Edit. Appleton & Lange, Los Altos. California, USA.
- PENDER, J. Nola et al. 1990. "Predicting health promoting lifestyles in the workplace". Nursing Research. 39 (6): 236-31.
- PROGRAMA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS DE LA MUJER (PIEM). 1996. Estudios sobre la situación actual del ama de casa. México, Edit. El Colegio de México. 9-27.
- QUEVEDO, M. 1995. "Locus de control de profesores medido como grado de responsabilidad asumida por el rendimiento y su relación con el rendimiento académico de los alumnos". Concepción, Universidad de Concepción. Tesis Magister en Educación.
- ROMERO, M., F. 1997. "Factores demográficos familiares, características de género y bienestar percibido de la mujer trabajadora", Trujillo. Universidad Nacional de La Libertad-Perú. Tesis Magister en Enfermería.
- ROTTER, J.B. CHANCES, J. PHARES, J. 1972. Applications of a social learning theory of personality. New York. Editorial Holt Rinehard and Winston. 260-71.
- SERNAM, 1995. "De mujer sola a jefe de hogar: género, pobreza y políticas públicas", In IRARRAZABAL, & PARDO, Lucia. Jefatura femenina, estructura del hogar y pobreza. Santiago, Chile, editorial SRV, S.A, 471. Cap. 1.
- TELLO P. Carlos. 1992. "Estilos de vida promotor de salud en familias jóvenes de Cajamarca - Perú". Universidad de Concepción, Tesis de Magister en Enfermería.
- VASQUEZ, B. 1996. "Conductas promotoras de salud en profesores de educación primaria de los centros educativos del distrito de Chimbote, Perú-1995". Universidad de Concepción. Tesis de Magister en Enfermería.
- WALKER, S., SECHRIST, K., PENDER, N., 1987. "The health - promoting lifestyles profile: Development and psychometrics". Nursing Research. 36 (2) 76-81.
- WALKER, S., VOLKAN, K., SECHRIST, K., PENDER, N. 1988. "The health - promoting lifestyles of older adults: Comparations with young and middle aged adults, correlates and patterns". Advances in Nursing Research. 36 (2): 76-81.
- WALKER, S., KERR, M., PENDER, N., SECHRIST, K., 1990. "A spanish language version of the health promoting lifestyle profile". Nursing Research. 39 (5): 268-73.
- WALLSTON, A., WALLSTON S., 1981. "Health locus of control scales" in H. M. Lefcourt: Research with the locus of control constructo, Assessment methods. New York. Academi Press, v.1: 189-243.
- WALLSTON A., WALLSTON S., DE VELLIS, R. 1978. "Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales". Health education monographs. 6: 160-70.