



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

**LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD Y ANSIEDAD ESTADO Y
RASGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AYACUCHO**

PRESENTADA POR
BERNARDO DAVID MAEZONO MIYAUCHI

ASESOR
JOSÉ LUÍS VENTURA LEÓN

TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ
2018



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

SECCIÓN DE POSGRADO

**LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD Y ANSIEDAD ESTADO Y
RASGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AYACUCHO**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

BERNARDO DAVID MAEZONO MIYAUCHI

ASESOR:

Mg. JOSÉ LUÍS VENTURA LEÓN

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Maia y Denisse

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanas por su amor incondicional.

A Raquel y Víctor por apoyarme en todo momento y brindarme ejemplo de vida académica.

A mi asesor José Luíz Ventura León por su paciencia, comprensión y enseñanzas.

RESUMEN

La presente investigación es de tipo correlacional y tuvo como objetivo identificar la relación entre el Locus de Control de Salud y la Ansiedad Estado – Rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia. También se buscó identificar la relación entre las dimensiones de Ansiedad Estado – Rasgo y el Locus de Control de Salud de acuerdo a edades; así como identificar la relación entre las dimensiones ansiedad Estado – Rasgo y el Locus de Control de acuerdo al ciclo académico. Los participantes fueron 170 estudiantes de las carreras de enfermería y obstetricia, con edades entre 17 y 32 años ($M= 20.86$, $DS = 2.42$). siendo mujeres (91.8%) y varones (8.2%). Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado IDARE y el Cuestionario Multidimensional de Locus de Control de Salud. Los resultados correlaciones entre las dimensiones de ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud, son bajas y no significativas; salvo en ansiedad-estado y LC externo-otros poderoso, donde existe un correlación significativa e inversa ($\rho= - .162$). En la carrera de enfermería se encontró el mismo resultado en el grupo de entre 22 a 32 años (alta edad) y con respecto al ciclo académico se encontraron correlaciones bajas, en su mayoría inversa.

Palabras claves: Ansiedad Estado – Rasgo, Locus de Control de Salud.

ABSTRACT

The present investigation is correlational in nature and aimed to identify the relationship between the Locus of Health Control and State - Trait Anxiety in nursing and obstetrics students. We also sought to identify the relationship between the dimensions of State - Trait Anxiety and the Locus of Health Control according to ages; As well as the relationship between anxiety measures State - Trait and locus of control according to the academic cycle. The participants were 170 nursing and obstetrics students, aged between 17 and 32 years ($M = 20.86$, $DS = 2.42$). being women (91.8%) and men (8.2%). The Trait and State Anxiety Inventory IDARE and the Multidimensional Locus Health Control Questionnaire were used. The results correlations between the dimensions of anxiety and the state of the health control trait are low and not significant; except in anxiety-state and external-other powerful, where there is a significant and inverse correlation ($\rho = -.162$). In the nursing career the same result was found in the group between 22 and 32 years old (high age) and with respect to the academic cycle, low correlations were found, mostly inverse.

Keywords: State Anxiety - Trait, Locus of Health of Control

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos	vi
Índices de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
Capítulo I. Marco teórico	14
1.1. Importancia del problema	14
1.2. Ansiedad	16
1.2.1 Definición de Ansiedad	16
1.2.2 Dimensiones de la Ansiedad	16
1.2.3 Sistemas de Respuesta de la Ansiedad	17
1.2.4 Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado	18
1.2.5 Ansiedad adaptativa y ansiedad no adaptativa	18
1.3. Locus de Control	19
1.3.1. Definición de Locus de Control	19
1.3.2. Tipos de Locus de Control	20
1.3.3. Multidimensionalidad del Locus de Control	20
1.3.4. Locus de Control en Salud	21
1.3.4.1. Tipos de Locus de Control de Salud	21
1.3.4.2. Evaluación del Locus de Control de Salud	22
1.4. Resultados de Investigaciones Contemporáneas	22
1.4.1. Investigaciones a nivel internacional	22
1.4.2. Investigaciones a nivel nacional	27
1.5. Planteamiento del problema	31
1.6. Objetivos de investigación	32
1.6.1. General	32
1.6.2. Objetivo específico	32
1.7. Definiciones conceptuales	33
Capítulo II. Hipótesis y Variables de la Investigación	35
2.1. Formulación de Hipótesis	35
2.1.1. Hipótesis General	35
2.1.2. Hipótesis Específica	35
2.2. Variables de investigación	36
2.2.1. Variables de estudio	36
2.2.2. Variables sociodemográficas	36
2.3. Variables y definición operacional	36
2.3.1. Ansiedad Estado - Rasgo	36

2.3.2. Locus de Control de la Salud	36
Capítulo III. Método	37
3.1. Tipo y diseño de investigación	37
3.2. Población y participantes	38
3.3. Criterios de selección de los participantes	38
3.3.1. Criterios de selección de los participantes	38
3.3.2. Criterios de inclusión	38
3.3.3. Criterios de exclusión	38
3.3.4. Descripción de los participantes	38
3.4. Técnicas de recolección de datos	39
3.4.1. Instrumentos	39
3.4.1.1. Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE)	39
3.4.1.2. Inventario Multiaxial de Locus de Control de la Salud (MHLC)	40
3.5. Procedimiento para obtener información	42
3.6. Análisis de los datos	42
CAPÍTULO IV. Resultados	43
4.1. Presentación de los datos	43
4.2. Análisis de Resultados	43
CAPÍTULO V. Discusión	49
5.1. Interpretación y calificación de los resultados y las inferencias derivadas	49
5.2. Contraste con el tema y resultados de otras investigaciones	50
5.3. Importancia del estudio e implicaciones para la práctica	54
5.4. Limitaciones para el estudio	55
Conclusiones	56
Recomendaciones	57
Referencias	58
Anexo	71

ÍNDICE DE TABLAS

1.- Tabla 1.- Descripción de los niveles de ansiedad estado – rasgo	32
2.- Tabla 2.- Descripción de los niveles de locus de control de la salud.....	32
3.- Tabla 3.- Correlación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud.....	33
4.- Tabla 4.- Correlación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo a las carreras de enfermería y obstetricia.....	33
5.- Tabla 5.- Correlación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo a edades.....	34
6.- Tabla 6.- Correlación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo al ciclo académico.....	35

RESUMEN

La presente investigación es de tipo correlacional y tuvo como objetivo identificar la relación entre el Locus de Control de Salud y la Ansiedad Estado – Rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia. También se buscó identificar la relación entre las dimensiones de Ansiedad Estado – Rasgo y el Locus de Control de Salud de acuerdo a edades; así como identificar la relación entre las dimensiones ansiedad Estado – Rasgo y el Locus de Control de acuerdo al ciclo académico. Los participantes fueron 170 estudiantes de las carreras de enfermería y obstetricia, con edades entre 17 y 32 años ($M= 20.86$, $DS = 2.42$). siendo mujeres (91.8%) y varones (8.2%). Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado IDARE y el Cuestionario Multidimensional de Locus de Control de Salud. Los resultados correlaciones entre las dimensiones de ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud, son bajas y no significativas; salvo en ansiedad-estado y LC externo-otros poderoso, donde existe un correlación significativa e inversa ($\rho= - .162$). En la carrera de enfermería se encontró el mismo resultado en el grupo de entre 22 a 32 años (alta edad) y con respecto al ciclo académico se encontraron correlaciones bajas, en su mayoría inversa.

Palabras claves: Ansiedad Estado – Rasgo, Locus de Control de Salud.

ABSTRACT

The present investigation is correlational in nature and aimed to identify the relationship between the Locus of Health Control and State - Trait Anxiety in nursing and obstetrics students. We also sought to identify the relationship between the dimensions of State - Trait Anxiety and the Locus of Health Control according to ages; As well as the relationship between anxiety measures State - Trait and locus of control according to the academic cycle. The participants were 170 nursing and obstetrics students, aged between 17 and 32 years ($M = 20.86$, $DS = 2.42$). being women (91.8%) and men (8.2%). The Trait and State Anxiety Inventory IDARE and the Multidimensional Locus Health Control Questionnaire were used. The results correlations between the dimensions of anxiety and the state of the health control trait are low and not significant; except in anxiety-state and external-other powerful, where there is a significant and inverse correlation ($\rho = -.162$). In the nursing career the same result was found in the group between 22 and 32 years old (high age) and with respect to the academic cycle, low correlations were found, mostly inverse.

Keywords: State Anxiety - Trait, Locus of Health Control.

INTRODUCCIÓN

El departamento de Ayacucho está ubicado en la sierra sur central andina del Perú, a 2761 m.s.n.m. y su traducción al castellano significa “rincón de los muertos”. Su historia ha sido marcada por la violencia, siendo la más reciente lo sucedido entre los años 80 y 90 como consecuencia del conflicto armado interno (Degregori, 1990). Con respecto a esto último, las consecuencias han sido traumáticas, llegando a tener un impacto desestabilizador y desestructurante, dejando sufrimiento y consecuencias físicas como emocionales, así como también sentimientos de desamparo, inseguridad e impotencia en la población y sus descendientes (CVR, 2002).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” en el 2012, en donde se muestra la influencia que tienen los aspectos socioculturales en la interacción de la pobreza y la salud mental en la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la sierra y en las zonas rurales (Instituto Nacional de Salud Mental – Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, INSM, 2002).

Así mismo, la presencia de síndromes folklóricos (“susto”, “daño”, “mal de ojo”, “aire” y “chucaque”) en la sierra (Bernal, 2010), los cuales son entendidos como cuadros clínicos que identifica el pueblo como enfermedad, otorgándoles un nombre, causa, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, llegan a tener un papel importante, ya que la limitada cobertura de salud en nuestro país, predispone a que solo tenga acceso a dichos servicios un 50% de la población, mientras que el 25% acude a los servicios de la medicina folklórica popular, las cuales carecen de una metodología científica.

De igual forma, hay que tomar en cuenta la relevancia de la religión católica en los andes y la yuxtaposición de las creencias y prácticas religiosas occidentales y nativas, llegando a mezclar elementos cristianos (agua bendita, invocación a los santos, etc.) junto con prácticas curativas o pagos a la tierra, dan como resultado una práctica religiosa católica adaptada por los pobladores (Blas, 2013).

Si bien estudios internacionales han comprobado la relación significativa entre el locus de control y los niveles de ansiedad, en nuestro país no se han realizado investigaciones correlacionando dichas variables. Junto con esto, tomando en cuenta la presencia de los trastornos de ansiedad como los más frecuentes en la población ayacuchana, resulta interesante conocer la relación entre ansiedad estado – rasgo y locus de control de la salud en las estudiantes de carreras de salud, ya que para su formación y ejercicio profesional es necesario que se basen en conocimiento científico, así como también poseer un adecuado equilibrio emocional.

En cuanto a los instrumentos de evaluación de la ansiedad existe el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (Spielberg y Diaz–Guerrero, 1975; Spilberg, Gorsuch y Lushene, 1970) que evalúa la ansiedad dentro del planteamiento de Charles Spielrberg. En dicho inventario, la ansiedad estado se caracteriza por un sentimiento de tensión y aprensión, junto al aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, mientras que la ansiedad rasgo se considera un rasgo de la personalidad relativamente estable, definida como la tendencia a percibir las cosas como amenazantes (Guillén – Riquelme y Buela – Casal, 2011).

Por otro lado, en relación al constructo de Locus de Control, Rotter (1975) quien lo define como las creencias que tienen las personas en relación a su comportamiento y si los refuerzos que recibe tienen o no relación; considerando que, si los eventos o conductas son atribuidas a sí mismo, significaría que tendría una identificación interna; sin embargo, si las conductas y eventos son considerados como consecuencia del azar, suerte u otras personas, entonces tendría una identificación externa.

Es así que la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el locus de control de salud y ansiedad estado – rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad de estado del departamento de Ayacucho.

Para dicho propósito, el estudio se estructura en cinco capítulos. El capítulo I contiene la importancia del problema, el marco teórico correspondiente a las variables, resultados de investigaciones contemporáneas, el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos, así como también las implicaciones teóricas y definiciones conceptuales. En el capítulo II se presentan las hipótesis y variables de investigación. En el capítulo III se presenta el tipo y diseño de la investigación, población y participantes, criterios de selección, descripción de los participantes, variables de estudio y variables sociodemográficas, técnicas de recolección de datos, procedimiento para obtener información y análisis de datos. El capítulo IV expone la presentación de los datos y el análisis de resultados. Finalmente, en el capítulo V se presenta la discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Importancia del problema

Antiguamente cuando no se aplicaba el método científico a las ciencias de la salud, el entendimiento y las explicaciones de los distintos males que aquejaban a la población se realizaban a través de una concepción mística del mundo, llegando incluso a tener diagnósticos y tratamientos propios. En el país esto se ha venido reflejando con la existencia de los síndromes folklóricos en algunas provincias de la sierra, teniendo en la actualidad una presencia bastante importante en la población urbana de las diferentes capitales, lo cual genera una convivencia entre una concepción mística y otra científica, ya que muchos de estos pobladores acuden a los centros de salud a atenderse. De igual forma, es importante considerar la historia religiosa y la presencia de la iglesia católica que tiene Ayacucho, dónde existen actualmente 33 iglesias en Huamanga y en dónde se celebra la festividad más importante del país en semana santa. Todos estos componentes suman al tener una concepción y explicación mística del mundo.

Por otro lado, de acuerdo a la investigación realizada en el 2012 en Ayacucho por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, se pudo apreciar la presencia de trastornos depresivos, consumo de alcohol y trastornos de ansiedad como los más frecuentes en la población, en gran medida por la influencia y los rezagos de la guerra política vivida en los años 80 y 90 (con mayor intensidad). Es por ello que se puede hablar de un trauma transgeneracional (Iosa et al., 2013) en donde los hijos de las familiares víctimas

de la violencia política llegan a presentar mayor predisposición para el abuso de alcohol y el trastorno de ansiedad generalizada (INSM, 2013).

Teniendo en cuenta todo esto, se considera importante conocer cuál es la relación del locus de control de la salud y los niveles de ansiedad (estado – rasgo) en los estudiantes de carreras de salud, en este caso de una universidad estatal de Huamanga, Ayacucho.

El siguiente estudio tendrá un aporte teórico, ya que no se han correlacionado anteriormente las variables a trabajar en estudiantes de carreras de salud, lo cual podrá generar discusión y reflexión en torno a la concepción causal de la propia salud, así como también de su relación o no con los niveles de ansiedad significativos. Si bien, ya se han trabajado estas variables en estudios internacionales, las características de la muestra y la historia cultural y sociopolítica a la cual pertenecen significan un aporte importante. En cuanto a su relevancia práctica, los resultados de la investigación podrían ser utilizados por los profesores de los distintos cursos de las carreras de salud, así como también para la realización de talleres y charlas. Por otro lado, el aporte social de esta investigación estaría en conocer mejor al personal clínico hospitalario que atenderá a la población, ya que, al ser una ciencia de la salud, se esperaría que los profesionales tengan una concepción científica de las distintas enfermedades y trastornos a tratar, así como también un control de sus niveles de ansiedad.

1.2. Ansiedad

1.2.1. Definición de la Ansiedad

De acuerdo a Sandín y Chorot (1991), los términos de ansiedad y angustia derivan de la raíz indogermánica *angh*, que significa estrechez y constricción, así como también malestar y apuro, esto como consecuencia de la influencia latina (distinguió entre *anxietas* y *angos*) y posteriormente debido a la influencia de la psiquiatría francesa, la cual diferenció entre *anxiété* (malestar e inquietud del espíritu) y *angoisse* (sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud). En España se reservó la sintomatología de predominio psíquico para el término de ansiedad y las manifestaciones físicas para el término de angustia (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Cia (2007), refiere que la ansiedad es un estado de malestar psicofísico que se presenta con turbación, inquietud, inseguridad o temor ante la experiencia de una amenaza inminente. Esta ansiedad se produciría cuando hay una reacción desproporcionada frente a lo que normalmente se espera (ADHD, 2004). Barlow (2000), hace referencia a la ansiedad como una estructura cognitiva única y coherente, que pertenecen al sistema motivacional defensivo, compuesto por varios elementos con interacción mutua, siendo el eje de todas estas la sensación de falta de control, la indefensión, las amenazas y a eventos potencialmente aversivos en el futuro.

1.2.2. Dimensiones de la Ansiedad

Sue, Wing y Sue (2010) proponen una perspectiva de vías múltiples, en donde consideran la interacción entre las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y socioculturales para la aparición de los trastornos de ansiedad. La dimensión biológica toma en cuenta la estructura cerebral y la influencia genética.

Con respecto a la primera, se identifica a la amígdala como la encargada de la memoria de eventos emocionales; así mismo, en las influencias genéticas se considera importante el gen portador de serotonina (5-HTTLPR), ya que sus alelos son cortos pueden influir en la reducción de la actividad de serotonina, pudiendo aumentar el miedo y las conductas relacionadas con la ansiedad (Pezawas et al. 2005). En la dimensión psicológica, desde una perspectiva cognitivo – conductual se toma en cuenta la importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad como consecuencia del sostenimiento de la atención en los estímulos amenazantes y los pensamientos irracionales (Rinck y Becker, 2006). En las dimensiones Sociales y socioculturales se toma en cuenta la existencia de estrés ambiental diario que sufre el individuo, así como también la presencia de prejuicios entre los grupos.

1.2.3. Sistemas de respuesta de la ansiedad

Por otro lado, (Belloch et al., 2009), refieren que la ansiedad no siempre es proporcional al objeto que lo desencadena, pudiendo ser irreal, lo cual haría que ocurra de forma irracional, llegando a ser expresada a través de tres sistemas de respuestas: (a) Subjetivo – Cognitivo, el cual incluye las variables relacionadas a la percepción y evaluación subjetiva de estímulos y estados asociados con la ansiedad, en donde la persona experimenta subjetivamente un estado de emoción desagradable semejante al miedo; (b) Fisiológico – Somático: Consiste en el componente biológico de la ansiedad, generando un incremento del sistema nervioso autónomo y produciendo respuestas de sudoración, dilatación pupilar, aceleración cardíaca, aceleración respiratoria; (c) Motor – Conductual: Conformado por conductas observables, tales como la expresión facial, movimientos corporales y respuestas instrumentales de huida y evitación.

1.2.4. Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado

Spielberger (1972), hace una diferencia entre la ansiedad estado y como rasgo, en la cual la primera de ellas implicaría una situación actual afectiva, representando una valoración de su estado mental en tiempo presente, mientras que en la segunda sería una tendencia habitual de la persona a reaccionar ansiosamente, configurándose como una variable de su personalidad. Por otro lado, la ansiedad rasgo puede ser concebida como un componente consistente y estable, mientras que la ansiedad estado haría referencia a un componente más inconsistente del estado de ánimo, las cuales se vería influenciada por cada situación (Carducci, 2009; Spielberg, 2013; Weinberg y Gould, 2010). En relación a esta última, su manifestación es producto de la interacción entre la persona y el ambiente en un momento específico; así mismo, tiene dos componentes: La ansiedad cognitiva (se manifiesta a manera de preocupación) y la activación fisiológica (Endler y Kocovski, 2001).

1.2.5. Ansiedad adaptativa y ansiedad no adaptativa

Existe la distinción entre ansiedad adaptativa (saludable, no patológica) y la ansiedad no adaptativa (No saludable, patológica) (Barlow, 2002). La ansiedad adaptativa (saludable) tiene una respuesta en el organismo que se manifiesta de manera discreta frente a la amenaza, con la finalidad que se produzca una respuesta defensiva (ataque o huida) de forma rápida y eficiente, llegando a ser específica a la situación y limitada en cuanto a la intensidad y duración (Gao et al, 2012). Por otro lado, la ansiedad no adaptativa (no saludable o patológica) no necesariamente obedece a una causalidad determinada, lo cual a su vez llega a tener una respuesta intensa de malestar, siendo esta desproporcionada, llegando

a provocar defensas autodestructivas para el organismo (Benito, Simón, Sánchez y Matachana, 2011; Echeburúa y De Corral, 2009).

1.3. Locus de Control

1.3.1. Definición de Locus de Control

Phares (1951), fue el primero en describir el constructo de Locus de Control, demostrando sus diferencias en las personas al dar una respuesta a sus experiencias de éxito o fracaso. Asimismo, en relación al concepto de “Locus”, proviene del latín y significa “lugar”; siendo Rotter quien realizó la distinción entre Locus de Control Interno y Locus de Control Externo (Wallston, 2001). Es así que Rotter introduce el concepto de Locus de Control y también su escala de medición (Rotter, 1954), postulando que el comportamiento de la persona en una determinada situación es producto de la relación entre la expectativa individual del comportamiento a un resultado determinado y la valoración personal. De acuerdo a este planteamiento, la conducta se podría predecir a partir de conocimiento de las expectativas sobre la propia conducta y de los resultados producto de ella (Rotter 1966). Skinner, 1996 (citado en Bárez, 2002) menciona que la percepción de control predice el bienestar físico y mental, así como también de una mayor supervivencia a determinadas enfermedades. Fernández y Edo (1994) refieren que el poder ejercer control reduce de manera significativa los efectos perjudiciales del estrés, mientras que la falta de control produce déficit cognitivos, motivacionales y afectivos. Asimismo, Bárez (2002) menciona que existen situaciones en las que tener un control es imposible, por lo cual si la persona insiste en tenerlo puede llegar a incrementar los problemas emocionales. Rotter (1966) describió el Locus de Control como creencias más o menos estables del propio comportamiento de la persona, compuestas por 3 partes interconectadas:

una filosofía social, una teoría de la personalidad y técnicas que modifican conductas). Asimismo, refiere que el potencial para que una respuesta se dé, debe de existir previamente una situación psicológica en función a la expectativa de que esa respuesta tendrá como resultado un reforzamiento (que se relacione a dicha situación) y un valor.

1.3.2. Tipos de Locus de Control (LC)

El LC Interno hace referencia a las expectativas generalizadas que tiene la persona a atribuir contingencia entre su conducta y los resultados; mientras que en el LC Externo la persona atribuye el control de las acciones a otras causas o personas, siendo estas predeterminadas o incontrolables (Ejm: Azar, suerte, destino, etc.). De esta forma se llega a tener una percepción en donde los refuerzos que recibe no tienen una influencia significativa por parte de la propia conducta (Fernández, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998). Las creencias de control hacen referencia a la representación subjetiva de las habilidades de la persona para poder controlar o modificar los hechos importantes de su vida (Bandura, 1999).

1.3.3. Multidimensional del Locus de Control

Cabe señalar que la teoría inicial de Rotter era unidimensional (Tamayo 1993.) y si bien contribuyó al desarrollo de la investigación, llegaba a ser insuficiente para el concepto; es por ello que diversos autores han sumado algunas subdivisiones, dando como resultado un enfoque multidimensional (Oros 2005). Estudios posteriores evidenciaron una característica multidimensional del Locus de Control, siendo Levenson (1973) quien propuso tres subescalas: Interna, Poder de otros y Suerte. Lefcourt (1981) amplió las características del

Locus de Control mencionando la existencia de diversas consecuencias como resultado de la conducta de la persona, sea o no considerada como refuerzo.

1.3.4. Locus de Control en Salud

Wallston, Wallston y De Vellis (1978), Investigaron las creencias que tienen las personas relacionadas al control que creían poseer para explicar su estado de salud. Asimismo, desarrollaron la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (MHLC) para medir la internalidad, la externalidad defensiva (en donde se considera que la conducta está influenciada por terceros) y la externalidad auténtica (considerado por azar o suerte) con la finalidad de saber la orientación de las personas en relación a su salud.

1.3.4.1. Tipos de Locus de Control de Salud

El LCS Interno es la creencia de que la propia salud depende del comportamiento personal (por las propias acciones o decisiones), mientras que el LCS Externo sostiene la creencia de que la salud se ve influenciada por otras personas, la fatalidad, la suerte o la causalidad (Wallston y Wallston, 1981). En esta dimensión también encontramos el LCS Externo referido a “otros poderosos”, en donde se atribuye a otras personas lo que sucede. También se encuentra el LCS Externo Causal, en donde la atribución va dirigida hacia el azar o la suerte; esto a su vez implica una ausencia de control relacionada a la Indefensión (Font, 1989; Jenkins y Burish, 1995; Wallston, 1992). Así mismo, en 1974, Leverston creó las Escalas IPC del Locus de Control (escala interna, escala Poder de Otros y escala Azar. Posteriormente Wallston y De Vellis (1978) usaron estas tres dimensiones en la Escala Multidimensional del Locus de Control en Salud.

1.3.4.2. Evaluación del Locus de Control de Salud

Con respecto a la evaluación del Locus de Control, la escala más utilizada ha sido la Escala General de Locus de Control de Salud de Wallston, que inicialmente era unidimensional (Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976), para posteriormente convertirse en la Escala Multidimensional de Locus de Control de la Salud (Wallston et. al, 1978), con tres ejes: Interno, Poder de los Otros y Azar. Esta propuesta supone que el potencial de la persona para involucrarse en una serie de comportamientos relacionadas a su salud es una función multiplicativa entre el grado en que cree que sus actos pueden influir en su salud y el grado en que el individuo valora su salud.

El estudio del control percibido dentro del ámbito de salud se relaciona con el curso y la mortalidad de enfermedades (Shapiro et al., 1996). El LCI llega a ser entendido como control percibido, la cual se relaciona con adaptación a la enfermedad, mientras que su ausencia se relaciona con ansiedad y depresión. No toda atribución interna es beneficiosa y no toda atribución externa es negativa, hay que considerar si es que estas se dieron frente a situaciones de éxito o fracaso. Si se tiene una atribución interna para el éxito, entonces es beneficioso, pero si es para el fracaso, entonces sería desventajoso.

1.4. Resultados de investigaciones contemporáneas

1.4.1. Investigaciones a nivel internacional

Vuger – Kovacic, Gregurek, Kovacic, Vuger y Kalenic (2007) centraron su estudio en examinar la relación entre ansiedad, depresión y locus de control en pacientes con esclerosis múltiple, con la finalidad de determinar una indicación para psicoterapia. La muestra estuvo conformada por 457 paciente con esclerosis

múltiple que asistían a rehabilitación médica. Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Locus de Control de Crown – Crip y el Crown – Crisp Experimental Index. Los resultados mostraron que 405 pacientes obtuvieron un locus de control externo, mientras que 52 pacientes tenían un locus de control interno, así mismo, en la medida en que la enfermedad progresaba, el lugar del control se desplazaba hacia la externalidad; se apreció una correlación entre el locus de control externo con la ansiedad y depresión.

Machado, Anarte y Ruíz (2010) tuvieron como objetivo saber si las variables psicológicas (depresión, ansiedad estado – rasgo y locus de control) y metabólicas (control glucémico e hipoglucemias graves) podían predecir la calidad de vida de los pacientes con diabetes melitus tipo 1 (DM1). Dicho estudio se realizó con la participación de 33 pacientes. Para realizar la medición se utilizaron los siguientes instrumentos: Diabetes Quality of life (DQOL), El Inventario de Depresión de Beck (DBI), El Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), La Escala de Lugar de Control (MHLC), análisis de sangre y la historia clínica. En los resultados se puede apreciar que las variables psicológicas de depresión y ansiedad estado – rasgo, pueden ser buenos predictores de calidad de vida en pacientes con DM1, mientras que el resto de las variables (locus de control, hemoglobina glicosilada e hipoglucemias graves) no.

Cardales y Galbán (2011) realizaron un estudio para determinar la relación entre Ansiedad, Depresión y Locus de Control, para lo cual utilizaron una muestra conformada por 100 jugadores de casino de ambos sexos mayores de 18 años, asistentes a los Casinos del Hotel Lago y del Hotel Maruma, ubicados en la ciudad de Maracaibo. En sus resultados se pudo apreciar una relación moderada ($r=0.562$) entre la ansiedad y depresión, mientras que la relación entre ansiedad y

locus de control fue baja ($r=0.200$) y positiva, así como también entre locus de control y depresión ($r=0.40$), menos en el grupo de estado civil de concubinato, en el cual se observó una relación moderada.

Rastegar, Heidari y Razmi (2013) investigaron la relación entre el Locus de Control, Orientación Religiosa y La Escala de ansiedad Rasgo. La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria y estuvo conformada por 100 estudiantes iraníes de primer y segundo grado, que cursaban la especialización en inglés y literatura inglesa, 57 de ellos mujeres y 43 hombres, los cuales fueron seleccionados de forma aleatoria. Se aplicó el Cuestionario de Locus de Control de Rotter (1966), la Escala de ansiedad Rasgo (1975) y la Escala de Orientación Religiosa (1967). Se pudo apreciar una relación negativa significativa entre el locus de control interno y los resultados de la prueba de ansiedad, lo cual significa que, a mayor locus de control interno, menores fueron los resultados de la prueba de ansiedad; asimismo, se evidenció una relación positiva significativa entre el locus de control externo y la prueba de ansiedad, lo cual significa que a mayor nivel de locus de control externo, mayores fueron los niveles de ansiedad en la prueba. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al locus de control interno, locus de control externo, ansiedad rasgo, orientación religiosa extrínseca y orientación religiosa intrínseca.

Papanikolaou, Gadallah, León, Massou, Prodromitis, Skembris y Levett (2013) estudiaron la relación entre la angustia y exposición al trauma en grupos impactados por el intenso conflicto en egipcio, para lo cual utilizaron una muestra conformada por 170 pacientes que resultaron heridos en el epicentro en el Cairo y 170 participantes en el grupo control. Las pruebas utilizadas fueron: La Escala de Locus de Control de Brown y la Lista de Verificación de Síntomas (SCL); estas

pruebas se administraron luego de tres meses del inicio de Enero 2011, posterior al derrocamiento del gobierno. En los resultados se pudo apreciar que los niveles de Locus de Control no fueron diferentes en ambos grupos, los cuales a su vez se asociaron con una mayor angustia; por otro lado, las creencias sobre el control personal se asocian más a la angustia psicológica que a las circunstancias en las que el trauma ocurrió.

Kulpa, Kosowicz, Styputa – Ciuba y Kazalska (2014) estudiaron el funcionamiento psicológico de los pacientes con cáncer del sistema digestivo y que se encontraran en un proceso de tratamiento, con la finalidad de desarrollar pautas para la atención psicológica. La muestra estuvo conformada por 69 pacientes de entre 23 a 91 años (media de 56) con diagnóstico de cáncer al sistema digestivo. Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes pruebas: HADS, Mini MAC y MHLC. En los resultados se pudo apreciar que el Locus de control de la Salud, la ansiedad y la depresión no difirieron significativamente de la población total de pacientes; así mismo, se apreció una correlación entre ansiedad, depresión y Locus de control de la Salud, en donde a menor gravedad de ansiedad y depresión, entonces mayor serían los niveles de Locus de control de la Salud interno.

Johnson (2016), investigó el Locus de Control como predictor de ansiedad entre pacientes dentales en el University College Hospital de Ibadan Nigeria, en una muestra de 338 pacientes seleccionados de manera aleatoria, estando conformada por 199 (58%) mujeres y 139 (41%) varones, siendo la edad media 39 años. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario para la recolección de datos sociodemográficos (edad, género, religión y etnia) y el Cuestionario Multidimensional de Locus de Control, el cual fue desarrollado por Walston,

Walston, Kaplan y Maides (1976). Los resultados muestran que las mujeres (Media = 17.22) obtuvieron puntuaciones ligeramente menores con respecto a los varones (Media = 17.61). No se evidenció diferencias significativas entre el sexo de los participantes para la ansiedad. Asimismo, se probó a través de la prueba T de Student que los pacientes con Locus de Control Externo obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en ansiedad que los pacientes con Locus de Control Interno; asimismo, la media para los pacientes con Locus de Control Externo fue de 13.67, mientras que la media para los pacientes con Locus de Control Interno fue de 19.97. Por otro lado, se pudo apreciar que la edad, la religión, la duración del problema dental, el estado civil y el nivel educativo representaron el 11.9 % de la variación de la ansiedad, mientras que el 88.1% podría atribuirse a otras variables no consideradas en el estudio.

Milicic, Buratocic y Marcinko (2016) tuvieron como objetivo investigar el nivel de exposición de los pacientes al estrés en cinco años previos al infarto de miocardio, evaluando la personalidad A, formas de afrontar situaciones estresantes, locus de control de salud y niveles de ansiedad (estado y rasgo), para lo cual utilizaron una muestra de 118 pacientes hospitalizados durante 8 meses en la unidad de cuidados coronarios; por otro lado, el grupo control estuvo conformado por 103 voluntarios varones sanos, con una edad media de $60,8 \pm 2,93$ años. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de estrés de la vida de Holmes – Rahe, la Escala Bortner tipo A, el Inventario Estado – Rasgo de Spielberg, adaptado para situaciones de estrés (CISS) y la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud (MHLC). Los resultados mostraron que los pacientes coronarios tenían un locus de control externo más alto que los sujetos sanos, considerando a menudo que no podían controlar su salud,

percibiéndose como débiles y propensos a afrontar emociones intensas; de igual forma sus niveles de ansiedad rasgo y estado fueron mayores que los sujetos sanos. Así mismo, los pacientes tuvieron un comportamiento más correspondiente a un tipo de personalidad A.

1.4.2. Investigaciones a Nivel Nacional

Espinoza (2017) estudió la relación entre Locus Control y la Ansiedad, para lo cual utilizó una muestra conformada por 42 consumidores de sustancias psicoactivas residentes de la Asociación Nuevo Horizonte de Vila San Isidro – Tumbes. Se aplicó la Escala de Locus de Control de Levenson y La Escala de Ansiedad de Zung. Dentro de sus resultados encontró que no existe una relación significativa ($p < .05$) entre el locus de control y la ansiedad en los internos residentes consumidores de sustancias psicoactivas. Así mismo, encontró que un 64.3% de los participantes obtuvieron un nivel Muy Bajo de LC Interno, mientras que un 35.7% obtuvo un nivel Bajo; ninguno se ubicó dentro del nivel Medio o Alto. Con respecto a los niveles de Ansiedad, un 40.5% de los participantes se ubicaron dentro del nivel Máximo.

Arquímedez y López (2015), estudiaron la relación entre las dimensiones de Locus de Control de Salud (LCS) y los componentes de Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). El estudio se realizó en una muestra de 107 pacientes diagnosticados con cáncer y con tratamiento de radiografía o quimioterapia, cuyas edades estaban entre los 36 y 72 años. Se utilizó el Cuestionario de Salud SF – 36, versión 2 y la Escala Multidimensional de Locus de Control de la Salud (EMLC). Los resultados mostraron que no se encontró correlación entre las variables de estudio, pero se evidenció una relación inversa

entre el Locus de Control de la Salud Azar con los componentes Físico y Emocional de Calidad de Vida relacionada a la Salud, esto quiere decir que a mayores niveles de Locus de Control Azar menores fueron los resultados en los componentes físicos y Emocional de Calidad de Vida relacionada a la salud. Se concluyó que si los pacientes creen que su salud depende del destino o de la suerte entonces su calidad de vida se verá afectada en los aspectos físicos y mental. Para explicar esto el autor toma como referencia la Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman.

Alfaro (2011), estudió la relación entre el Locus de Control de la Salud (LCS) y la Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), en una muestra conformada por 100 pacientes con IRCT, que tenían entre 20 y 70 años y que recibían tratamiento por hemodiálisis. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Salud SF – 36 versión 2, adaptado por Alonso (1995) y la Escala Multidimensional de Locus de Control (EMLC), en la versión de Rodríguez – Rosero, Carvalho y Dela (2002). En los resultados se pudo apreciar que la presencia de un mayor locus de control interno y una menor orientación externa (de otros poderosos o de casualidad), se asocian a mejores niveles de Calidad de Vida relacionada a la Salud en diversas dimensiones.

Rodríguez (2012), investigó la relación entre la percepción sobre el aborto y el locus de control en estudiantes de Lima Metropolitana, para lo cual participó una muestra de 293 estudiantes de ambos sexos del primer año de una universidad de Lima Metropolitana, pertenecientes a las facultades de Ciencias de la Salud, Ingeniería, Derecho, Farmacia y Bioquímica y Hotelería y Turismo. Para la recolección de datos utilizó una escala Likert para la percepción del aborto, previa validez de expertos y prueba piloto y para el Locus de Control utilizó la

Escala de Rotter. Los resultados mostraron que un 85.3% presentaron un Locus de Control Interno y un 14.7% un Locus de Control Externo; con respecto al aborto, un 64.8% tuvo una percepción desfavorable, mientras que un 19.1% presentó una percepción favorable. Se pudo concluir que existe relación entre la percepción del aborto y el Locus de Control, así mismo, no se encontró una relación significativa entre la percepción de aborto y el Locus de Control de acuerdo al sexo masculino y estudiantes que no laboran.

Vargas (2014), estudió la correlación entre el Locus de Control de la Salud (LCS) y la Calidad de Vida Percibida en pacientes con hemodiálisis, para lo cual utilizó una muestra conformada por 168 pacientes con insuficiencia renal crónica y terminal de entre 21 y 75 años. Para la medición de las variables, utilizó la Escala de Locus de Control (MHCL) de Wallston, Wallston y Dela (2002) y el Cuestionario de Salud SF – 36 de Ware y Sherbourne (1992). Se encontró que, a mayores niveles de Locus de Control Interno, mayores eran los niveles de Calidad de Vida, Dolor Corporal, Salud General y Función Social; de igual forma, también se encontró que a mayores niveles de Locus de Control Otros Poderosos, menores eran los niveles de Calidad de Vida, Rol Físico, Salud General y Vitalidad. En cuanto al Locus de Control Azar, sus niveles altos se correlacionaron con niveles bajos de Calidad de Vida, Dolor Corporal y Función social.

Torres (2014) investigó la relación entre el Locus de Control y Bienestar Subjetivo en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Federico Villarreal, para lo cual se contó con la participación de 100 estudiantes de enfermería de séptimo y octavo ciclo; para la medición de las variables se utilizaron la Escala de Locus de Control Interno – Externo de Rotter (1972) y la Escala de Bienestar Subjetivo (EBS), planteado por José Sánchez – Cánovas

(1998). Dentro de los resultados se pudo apreciar que no se encontró relación estadísticamente significativa entre el locus de control (interno y externo) y los niveles de bienestar subjetivo; así mismo, se pudo apreciar que un 34% de los participantes presentaba un locus de control interno, mientras que el 66%, presentaba un locus de control externo.

Levaggi (2016) investigó la relación entre los estilos de humor y la ansiedad (rasgo – estado) en personal de enfermería de un hospital oncológico. Para dicho propósito utilizó una muestra conformada por 115 enfermeros y técnicos de enfermería (104 mujeres y 11 hombres), cuyas edades oscilaban entre 24 y 62 años. Para la medición, utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) y el Cuestionario de Estilos de Humor (CEH) adaptado por Cassareto y Martínez (2009). Los resultados mostraron una correlación inversa entre la ansiedad y los estilos de humor adaptativos, así mismo, no se halló correlación entre la ansiedad y estilos de humor desadaptativos; por otro lado, los niveles de ansiedad rasgo fueron mayores en los profesionales con algún tipo de enfermedad, de igual forma, la ansiedad estado fue significativamente mayor en aquellos que tenían hijos.

Rengifo (2017) estudió la relación entre la autoestima y la ansiedad de los ingresantes a la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad privada del departamento de Loreto, para lo cual utilizó una muestra conformada por 102 estudiantes, cuyas edades estuvieron conformadas entre los 16 y 54 años. Para su estudio utilizó la Escala de Autoestima de Stanley Coopersmith, descrito por Vizcarra Valdivia (1997) y la Escala de Ansiedad de Zung (1971). Los resultados mostraron que un 80.39% eran mujeres, en donde el 73.53% tenía entre 16 y 19 años, siendo el 93.14% solteros; así mismo, el 43.14% obtuvo una puntuación

alta en autoestima, mientras que un 58.80% obtuvo un nivel normal de ansiedad. De acuerdo a la prueba exacta de Fisher, se encontró una relación significativa entre el nivel de ansiedad y la autoestima.

1.5. Planteamiento del Problema

Antiguamente cuando no se aplicaba el método científico a las ciencias de la salud, el entendimiento y las explicaciones causales de los distintos males que aquejaban a la población se realizaban a través de una concepción mística del mundo, llegando incluso a tener diagnósticos y tratamientos propios. En nuestro país esto se ha venido reflejando con la existencia de los síndromes folklóricos en algunas provincias de la sierra, teniendo en la actualidad una presencia bastante importante en la población urbana de las diferentes capitales, lo cual genera una convivencia entre una concepción mística y otra científica, ya que si bien, muchos de estos pobladores acuden a los centros de salud a atenderse, por otro lado, siguen manteniendo concepciones poco científicas de sus males. De igual forma, es importante considerar la historia religiosa y la presencia de la iglesia católica que tiene Ayacucho, donde existen actualmente 33 iglesias en Huamanga y en donde se celebra la festividad más importante del país en semana santa. Todos estos componentes suman a tener una concepción y explicación mística del mundo.

Por otro lado, de acuerdo a la investigación realizada en el 2012 en Ayacucho por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, se pudo apreciar la presencia de trastornos depresivos, consumo de alcohol y trastornos de ansiedad como los más frecuentes en la población, en gran medida por la influencia y los rezagos de la guerra política vivida en los años

80 y 90 (con mayor intensidad). Si bien la muestra a trabajar en la siguiente investigación no ha vivido lo sucedido en ese entonces, se puede afirmar que son la generación más próxima a todo ello, habiendo crecido bajo el cuidado y la crianza de familiares que sí han sido testigos directos o actores del conflicto armado interno.

Es por ello importante conocer cuál es la relación entre el locus de control de la salud y los niveles de ansiedad (estado – rasgo) en los estudiantes de enfermería y obstetricia, en este caso de una universidad estatal de Huamanga, Ayacucho. Más aún, considerando que su práctica exige un adecuado manejo de la ansiedad y al mismo tiempo fundamentarse en conocimiento científico.

1.6. Objetivos de investigación

1.6.1. General

Determinar la relación entre el Locus de Control de Salud y la Ansiedad Estado – Rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho en forma general, de acuerdo a la carrera profesional, edad y ciclo académico.

1.6.2. Específicos

- Describir los niveles de ansiedad estado – rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho.
- Describir los niveles de locus de control de la salud en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho.

- Identificar la relación entre las dimensiones ansiedad estado, rasgo y locus de control de salud de acuerdo a las carreras de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho.
- Identificar la relación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo a edades en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho.
- Identificar la relación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo al ciclo académico en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho.

1.7. Definiciones conceptuales

- **Ansiedad:** Cano (2002), define a la ansiedad como una reacción emocional que se manifiesta como consecuencia de las interpretaciones amenazadoras que tiene el individuo frente a distintas situaciones estresantes y cuyas respuestas tienen una manifestación subjetiva, fisiológica y conductual. A esto último se le conoce como Triple Sistema de Respuesta.
- **Locus de Control de la Salud:** El constructo de Locus de Control, creado por Rotter en 1966, hace referencia a los aspectos de control percibido que tiene el individuo. Por otro lado, el Locus de Control de la Salud (LCS) tiene que ver con las capacidades del individuo para hacerse cargo de los comportamientos de salud. En este sentido, el LCS Interno, se refiere a la creencia de que la salud depende y se ve afectada por el comportamiento de uno mismo, mientras que el LCS Externo tiene la creencia de que la

salud se ve influenciada en gran medida por factores externos (otras personas, fatalidades, suerte o casualidad). El LCS Externo tiene dos factores, uno de ellos es el de "Otros Poderosos" (haciendo referencia a la influencia poderosa de médicos, instituciones, recomendaciones, etc.) y el LCS Externo "Azar" (centrado en la suerte, el destino y el azar). (Wallston y Wallston, 1981, 1982).

CAPÍTULO II

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Formulación de hipótesis.

2.1.1. Hipótesis General

Existe relación entre el Locus de Control de Salud y la Ansiedad Estado – Rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho en forma general, de acuerdo a la carrera profesional, edad y ciclo académico.

2.1.2. Hipótesis Específica

- Existe relación entre las dimensiones ansiedad estado, rasgo y locus de control de salud de acuerdo a las carreras de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho.
- Existe relación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo a edades en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho.
- Existe relación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo al ciclo académico en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho.

2.2 Variables de Investigación

2.2.1 Variables de estudio

Variables correlacionadas

- a. Locus de Control de Salud
- b. Ansiedad Estado – Rasgo

2.2.2. Variables Sociodemográficas

Edad: 16 a 32 años de edad

Sexo: Varones y mujeres

Carreras: Enfermería y Obstetricia

Ciclos de estudio: De I a X ciclo

2.3. Definición operacional de las variables

2.3.1. Ansiedad Estado – Rasgo: Resultado de la suma de los puntajes obtenidos en las subescalas de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, a través del instrumento IDARE. En relación al análisis de sus propiedades psicométricas realizadas por Domínguez, Villegas, Sotelo y Sotelo (2012), en una muestra de estudiantes universitarios de una universidad estatal del Lima Metropolitana. El instrumento cuenta con una confiabilidad aceptable a través del método de Alpha de Cronbach y una validez factorial y convergente.

2.3.2. Locus de Control de la Salud: Resultado de la suma de los puntajes en cada una de las sub escalas de LC Interno, LC Otros Poderosos y LC. Azar obtenidos a través del MHLC. Para su aplicación, se utilizó la adaptación al español realizada por Rodríguez – Rosero, Carvalho y Dela (2002) en una muestra colombiana, llegando a tener niveles de confiabilidad y validez adecuados, permitiendo su aplicación en un contexto colombiano o similar.

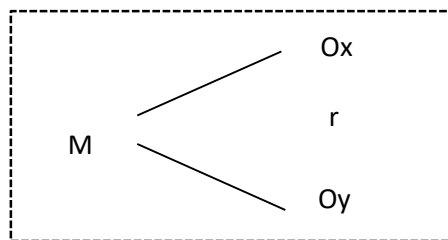
CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es de *diseño* correlacional, ya que busca conocer las probables relaciones entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2010): Locus de Control de la Salud y Ansiedad (Estado – Rasgo) en estudiantes de la carrera de enfermería de una universidad pública de Ayacucho. De acuerdo a Kerlinger y Lee (2002), *tipo* no experimental, ya que no se manipularán las variables, tan solo se analizarán los fenómenos observados.

El diseño correlacional tiene el siguiente diagrama (Sánchez y Reyes, 2009, p. 113).



Dónde:

M: Es la muestra en la que se realiza el estudio

O: Indica la observación

x, y: Son las variables en estudio

r: Hace mención de la relación entre las variables estudiadas.

3.2. Población y participantes

La población accesible (Ventura-León, 2017) estuvo conformada por estudiantes de las carreras de enfermería y obstetricia. La muestra se obtuvo a través del muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), conformada por 170 estudiantes de enfermería y obstetricia, con edades entre 17 y 32 años ($M= 20.86$, $DS = 2.42$). siendo mujeres (91.8%) y varones (8.2%).

3.3. Criterios de selección de los participantes

3.3.1. Criterio de inclusión: Los participantes tenían que estar matriculados en la carrera de enfermería u obstetricia, cursar los ciclos I y X, con edades comprendidas entre los 17 y 32 años.

3.3.2. Criterios de exclusión: No pertenecer a la carrera de enfermería u obstetricia, no estar cursando el I y X ciclo; edades fuera del rango de 17 a 32 años.

3.3.4. Descripción de los participantes: Estudiantes de las carreras de enfermería y obstetricia, cuyas edades oscilan entre 17 y 32 años y que actualmente se encuentren cursando los ciclos I y X. El grupo de estudiantes de la carrera de enfermería estuvo conformado por 111 mujeres y 10 varones, mientras que el grupo de estudiantes de obstetricia estuvo conformado por 49 mujeres y ningún varón.

3.4. Técnicas de recolección de datos

3.4.1. Instrumentos

3.4.1.1. Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado IDARE

El Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado IDARE fue construido por Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970); su versión en español fue publicada en 1975 a cargo de Spielberg, Martínez González, Natalicio y Díaz, con la asistencia de psicólogos de 10 países latinoamericanos, incluyendo Perú. El IDARE está conformado por 40 ítems, los cuales se dividen en dos escalas que miden ansiedad – estado y ansiedad – rasgo. La primera de ellas está conformada por 20 ítems (10 directos y 10 inversos) y la segunda también está conformada por 20 ítems (7 directos y 13 inversos). Los resultados de los participantes se ubican dentro de una escala Likert de cuatro dimensiones de intensidad, las cuales son: 1. No en lo absoluto, 2. Un poco, 3. Bastante, 4. Mucho, para la escala E – Estado, mientras que para la escala A – Rasgo las dimensiones fueron: 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente, 4. Casi siempre. Asimismo, la prueba ha demostrado ser útil para su aplicación en adultos mayores, estudiantes de bachillerato y pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos (Spielberg y Díaz – Guerrero, 1975). Su confiabilidad fue calculada en 1967 por Spielberg et al. En una muestra de estudiantes, 233 hombres y 231 mujeres, en la Universidad Estatal de Florida, evidenciándose una confiabilidad test re – test de la escala A - Rasgo de .73 y .83, mientras que el coeficiente de estabilidad para la escala A – Estado tienden a ser bajos. Ambas escalas presentaron un alto grado de consistencia interna (Rojas, 1997; Spielberg y Díaz – Guerrero, 1975).

Para su validez se correlacionó la prueba con la Escala de Ansiedad Manifiesta TMAS de Taylor (1963) y la Lista de adjetivos afectivos de Zuckerman

(1960). Los resultados arrojaron una validez concurrente relativamente alta de .75 a .77. (Anchante, 1993; Avendaño, 1999; Rojas, 1997; Spielberg y Díaz – Guerrero, 1975).

En Perú Anchante (1993) encontró una consistencia interna de .92 para la escala A - Estado y una de .87 para la escala A - Rasgo a través del estadístico de Alfa de Cronbach. La correlación ítem – test fue significativamente alta para todos los ítems, menos en el número 14 de la escala Rasgo (Avendaño, 1993). Resultados similares encontró Rojas (1997) evidenciando una correlación ítem-test mayor a .20 y una consistencia interna mayor a .70; asimismo, a través del estadístico de Alfa de Cronbach encontró una consistencia interna de .84 para la escala A - Estado y una de .80 para la escala A - Rasgo.

Por otro lado, Domínguez, Villegas, Sotelo y Sotelo (2012) realizaron una revisión psicométrica del IDARE para obtener evidencias de su validez y confiabilidad, para la cual utilizaron una muestra conformada por estudiantes universitarios de primer año de la carrera de Psicología de una universidad estatal, llegando a encontrar una confiabilidad aceptable a través del método de consistencia interna (Alpha de Cronbach), así mismo encontraron una validez factorial y convergente. Cabe señalar que eliminaron el ítem 31 (“Suelo tomar las cosas demasiado seriamente”), debido a que presentó un índice de homogeneidad de .089.

3.4.1.2. Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud

Dicha variable se medirá utilizando la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud desarrollada por Wallston, Wallston y Devellis (1978). Consta de 18 ítems, divididos en tres dimensiones (1. Locus de Control Interno; 2. Locus de

Control de Otros Poderosos y 3. Locus de Control de Casualidad o Azar) con 6 reactivos cada una.

Con respecto a la confiabilidad de la prueba original, de acuerdo a Wallston, Wallston y Devellis, 2005 (citados en Alfaro, 2011) la dimensión interna obtuvo un alfa de Cronbach de .77, la de Otros Poderosos .67 y la de causalidad o azar .75. Así mismo, en la validez de constructo se evidenció que las dimensiones: Interna y de Otros Poderosos no correlacionaban entre sí ($r = .12$), mientras que la de Otros Poderosos y azar, llegaron a tener una correlación débil ($r = .20$); las dimensiones, interna y de causalidad tuvieron una correlación negativa ($r = .29$). De igual forma, se encontró que la dimensión interna tenía una validez de constructo que estaba relacionada positivamente ($r = .40$) mientras que la dimensión del azar relacionó negativamente ($r = .28$) con un autorreporte sobre el estado de salud.

Alfaro (2011) utilizó una adaptación española realizada por Rodriguez – Rosero, Carvalho y Dela (2002) con una muestra colombiana, mostrando niveles adecuados de confiabilidad y validez, permitiendo que sea utilizada en un contexto colombiano o parecido. Se obtuvo en este caso un alfa de Cronbach de .53 para la dimensión interna, .71 para la de otros poderosos y .72 para la dimensión azar o casualidad. Por otro lado, se realizó un análisis de componentes principales para la validez, en donde estos 3 factores explicaban en un 41.8% de la varianza total.

Los puntajes de la prueba se dividen en tres dimensiones, las cuales van de 5 a 30 puntos; un puntaje elevado representaría una mayor presencia del constructo. El puntaje es individual para cada dimensión y no hay un puntaje global. Así mismo, dicho autor evaluó la confiabilidad del instrumento en su

estudio, obteniendo un alfa de Cronbach de .65 para la dimensión interna, .70 para la de Otros Poderosos y una de .76 para la escala de causalidad o azar.

3.5. Procedimiento para obtener información

- Se procedió a solicitar la colaboración de las autoridades de escuela para poder acceder a las facultades de enfermería y obstetricia respectivamente. En el proceso de evaluación se les brindó información sobre el consentimiento informado y posteriormente se realizaría la aplicación de pruebas.
- Se les explicó a los alumnos los objetivos del estudio y se solicitará la firma de su consentimiento informado para su participación.
- La duración total de la aplicación de pruebas duró un aproximado de 45 minutos.

3.6. Análisis de datos

Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 22, luego se realizó la verificación de la consistencia interna de cada cuestionario mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, para luego determinar su ajuste de normalidad a través de la prueba de Kolmogorov – Smirnov y así poder elegir la utilización de una prueba paramétrica o no paramétrica apropiada para los procesos de correlación una comparación. Para la interpretación de los resultados se utilizó las recomendaciones de Ferguson (2009), donde $r \geq .20$, $r \geq .50$ y $r \geq .80$ expresan un TE mínimo recomendado, moderado y fuerte, respectivamente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de los datos

En este capítulo se presentan los resultados estadísticos que responden al objetivo principal y los objetivos secundarios. Por tal motivo, previo al análisis estadístico, se examinó la distribución de los datos, con el fin de seleccionar los estadísticos pertinentes. Este procedimiento consistió en la visualización de los datos mediante un histograma, la revisión de la curtosis y asimetría y la prueba de Bondad de ajuste denominada Kolmogorov-Smirnov, de acuerdo a ello, se concluye que los datos siguen una distribución libre o no paramétrico, utilizándose; por ende, el coeficiente de Spearman.

Estos análisis permitirán desarrollar los aspectos de discusión y derivar en conclusiones en la investigación.

4.2 Análisis de Resultados

En la Tabla 1 se aprecia la frecuencia y el porcentaje de los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, en dónde ambos tipos de ansiedad presentan sus mayores porcentajes en el nivel medio, observándose en la ansiedad rasgo un mayor porcentaje de ansiedad. Por otro lado, los porcentajes de la ansiedad estado y rasgo son iguales, teniendo en ambos casos un nivel bajo. Así mismo, el porcentaje más bajo de todo el resultado se presentó en el nivel alto de la ansiedad rasgo.

Tabla 1

Descripción de los niveles de ansiedad estado – rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho

Niveles	Ansiedad Estado		Ansiedad Rasgo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja	47	27.6	46	27.1
Media	77	45.3	80	47.1
Alta	46	27.1	44	25.9

Nota: f = frecuencia

En la Tabla 2 se describen las frecuencias y porcentajes por niveles del LCS, pudiéndose apreciar que el porcentaje más bajo se ubicó en el nivel alto del LCS Interno, así mismo, los porcentajes más altos se ubicaron de manera simultánea en los niveles medio de LCS Interno y LCS Externo Azar.

Tabla 2

Descripción de los niveles de locus de control de la salud en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho

Niveles	Control Interno		Control Externo Azar		Externo Otros Poderoso	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	51	30.0	45	26.5	46	27.1
Medio	76	44.7	76	44.7	71	41.8
Alto	43	25.3	49	28.8	53	31.2

Nota: f = frecuencia

En la Tabla 3, se observa que las correlaciones entre las dimensiones de ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud oscilan entre .015 a .162 (valor absoluto) que son consideradas bajas y no significativas; no obstante, la correlación entre la ansiedad-estado y externo-otros poderoso es negativa y significativa, ostentando la mayor magnitud ($\rho = -.162$).

Tabla 3

Correlación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud

Ansiedad	Interno	Externo-Azar	Externo-Otros poderoso
Estado	.015	.033	-,162*
Rasgo	-.032	.052	-.102

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

La Tabla 4 presenta la correlación entre las variables en estudio de acuerdo a la carrera profesional. Respecto a la carrera de enfermería las correlaciones oscilan entre .000 a .201 (valor absoluto), siendo consideradas inexistentes o bajas; asimismo se aprecia una correlación estadísticamente significativa y negativa entre ansiedad estado y externo otros poderosos ($\rho = -.201$). Mientras que, en la carrera de obstetricia las correlaciones oscilan entre .045 a .200, siendo también bajas y en su mayoría inversas, del mismo modo no existen relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 4

Correlación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo a las carreras de enfermería y obstetricia

Carrera	Ansiedad	Interno	Externo Azar	Externo Otros poderosos
Enfermería	Estado	.000	.128	-,201*
	Rasgo	.013	.117	-.108
Obstetricia	Estado	.045	-.200	-.102
	Rasgo	-.114	-.133	-.122

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

En la tabla 5, se presenta las correlaciones entre las dimensiones de ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo a la edad. Se observa que en su mayoría las correlaciones son inversas y de magnitud baja. No obstante, la mayor correlación la presenta ansiedad estado y otros poderosos ($\rho = -.289$) en el subgrupo de las personas entre 22 a 32 años (alta edad).

Tabla 5

Correlación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo a edades.

Edad	Ansiedad	Control Interno	Externo Azar	Externo Otros poderoso
Baja (16 a 19 años)	Estado	-.094	-.011	-.077
	Rasgo	-.214	-.087	-.085
Media (20 a 21 años)	Estado	.058	.007	-.078
	Rasgo	-.056	.002	-.134
Alta (22 a 32 años)	Estado	.007	.094	-,289*
	Rasgo	.026	.189	-.077

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Por otro lado, la Tabla 6 muestra que las correlaciones entre las dimensiones de ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo al ciclo académico, que son consideradas bajas; en su mayoría son correlaciones inversas.

Tabla 6

Correlación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo al ciclo académico.

Ciclo Académico	Ansiedad	Control Interno	Externo Azar	Externo Otros poderoso
Iniciales (1 a 4)	Estado	-.022	-.054	-.170
	Rasgo	-.183	-.045	-.185
Intermedio (5)	Estado	.016	.187	-.037
	Rasgo	.081	.196	.040
Finales (6 a 10)	Estado	-.051	-.066	-.336
	Rasgo	.016	.056	-.075

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el Locus de Control de Salud y la Ansiedad Estado – Rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad estatal de Huamanga Ayacucho. Se comenzará por discutir los niveles de Ansiedad Estado - Rasgo, así como también los tipos y niveles de Locus de Control de la Salud. Luego se discutirá la correlación entre las dimensiones de Ansiedad Estado – Rasgo y el Locus de Control de la Salud a nivel general, seguido de la discusión de la correlación entre las dimensiones de Ansiedad Estado – Rasgo y Locus de Control de la Salud de acuerdo a las carreras de enfermería y obstetricia, posteriormente se correlacionarán las mismas variables de acuerdo a las edades y finalmente de acuerdo al ciclo académico.

5.1. Interpretación y calificación de los resultados y las inferencias derivadas

Dentro de los resultados de las correlaciones entre Ansiedad Estado – Rasgo y Locus de Control de la Salud, se observan que existen correlaciones bajas y no significativas, a excepción de la correlación entre la Ansiedad – Estado y el Locus de Control de la Salud Otros Poderosos, siendo esta significativa e inversa ($\rho = -.162$); dichos resultados se obtuvieron en el grupo de estudiantes de enfermería, comprendidos dentro del grupo de 22 a 32 años (alta edad); así mismo, la correlación con el ciclo académico se encontró una correlación baja, en su mayoría inversa. Estos resultados difieren de los estudios internacionales y nacionales en dónde se trabajaron las mismas variables y se evidenciaron

correlaciones significativas, siendo una muestra clínica en todo los casos, a excepción de la muestra utilizada por Rastegar, Heidari y Razmi (2013), la cual estuvo conformada por estudiantes de inglés, así mismo, la prueba que aplicó fue la de Locus de Control, mas no la de Locus de Control de la Salud. Por otro lado, resultados similares al nuestro se encontraron en la investigación de Espinoza (2017), quién realizó su estudio en Tumbes con consumidores de pasta básica. Estas diferencias sugieren una influencia importante de las características de las muestras utilizadas, lo cual podría reflejarse en la significancia de las correlaciones.

5.2. Contraste con el tema y resultados de otras investigaciones

En este sentido, se encontró que el mayor porcentaje de ansiedad estado (45.3%) y ansiedad rasgo (47.1%) se ubicó en el nivel medio, siendo el porcentaje de ansiedad rasgo, mayor que el de ansiedad estado. Dichos resultados contrastan con los encontrados por Delgadillo (2016) en pacientes pre quirúrgicos de un hospital de Ayacucho, quienes presentaron un mayor porcentaje de ansiedad marcada. Por otro lado, Rengifo (2017), quién realizó su estudio con una muestra de estudiantes de enfermería en la región de Loreto utilizando La Escala de Ansiedad de Zung (1971), encontró que el 58.80% obtuvo una ansiedad normal, cabe señalar que dicha prueba no distingue entre estado y rasgo, así mismo, las características históricas cobran relevancia en este punto, siendo Ayacucho la población con el porcentaje más alto (52.8%) de pérdida de algún familiar en situaciones directas de violencia política (INSM, 2012), haciendo más proclive a sus habitantes (2.21 veces mayor) a presentar un Trastorno de Ansiedad Generalizada (INSM, 2013), pudiéndose dar una transmisión transgeneracional del trauma psicosocial por lazos familiares (Iosa, Iosa,

Lucchese, Burrone, Alvarado, Valencia y Fernández, 2013), expresándose de manera más pronunciada en la ansiedad rasgo que en la ansiedad estado.

En relación al LCS, el nivel más alto (no necesariamente con la mayor frecuencia) se encontró el LCS Otros Poderosos, seguido por el LCS Azar y finalmente el LCS Interno. Las frecuencias más altas se encontraron en el nivel medio del LCS Interno y del LCS Azar de forma simultánea, mientras que la frecuencia más baja se ubicó en el nivel alto de LCS Interno; en este sentido, Arquímedez y López (2015), utilizando una muestra conformada por pacientes oncológicos, también encontró frecuencias más altas dentro de los niveles medios de LCS Interno y LCS Azar de manera simultánea; por otro lado, su frecuencia más baja fue en el LCS Interno en el nivel Relativamente Alto. Así mismo, Torres (2014) utilizó una muestra de estudiantes de enfermería, a quienes se les aplicó la Escala de Locus de Control Interno – Externo de Rotter (1972) obteniendo como resultados un mayor porcentaje de LC Externo que de LC Interno. Dichos resultados se asemejan mucho a los de nuestro estudio y podrían explicarse dentro de la misma naturaleza del rol de los profesionales de enfermería y obstetricia, en donde muchas veces dependen de los médicos encargados, pudiéndoseles otorgar un mayor control sobre las decisiones.

En cuanto a la correlación general de la Ansiedad Estado – Rasgo y el Locus de Control de la Salud, la magnitud de las correlaciones no alcanza el mínimo recomendando ($Rho \geq 0,20$), por ende, no existe relación lineal entre las variables en estudio. Resultados similares fueron encontrados por Espinoza (2017) al relacionar Locus de Control y Ansiedad en una muestra conformada por 42 consumidores de sustancias psicoactivas en residentes de una asociación en Tumbes, Perú. Para su estudio utilizó La Escala de Ansiedad de Zung y la Escala

de Locus de Control de Levenson, llegando a encontrar que no existe relación significativa ($P < .05$) entre las variables. De igual manera, Cardales y Galbán (2011), al relacionar Ansiedad, Depresión y Locus de Control en una muestra de jugadores de casinos; encontrando una relación baja ($r = .200$) y positiva entre la ansiedad y el locus de control, de igual forma se observaron los mismos resultados entre el locus de control y la depresión. Estos resultados son diferentes a los encontrados por Johnson (2016) en pacientes dentales de edades entre 20 y 41 años, quien encontró una relación significativa entre el locus de control externo y los altos niveles de ansiedad; no obstante, estas diferencias están marcadas por tratarse de un tipo de ansiedad diferente (ansiedad dental). Estudios internacionales, han encontrado una correlación inversa entre el locus de control interno con la ansiedad y depresión, en donde el locus de control presenta diferencia marcadas en grupos con diagnóstico de esclerosis múltiple, cuyas edades oscilaban entre 23 y 91 años (Kulpa, et. 2014). No obstante, los estudios en donde se aprecia una relación significativa, trabajaron con población clínica, quienes tienen una tendencia mayor hacia la percepción del estrés (Rodríguez, López y Pastor, 1989), además que su situación puede llevar a desplazar el control de los eventos hacia la externalidad (Vuger-Kovacic, Grgurek, Kovacic, Vuger y Kalenic; 2014); junto con esto, habría que considerar también la edad de los participantes en estos estudios, ya que sus rangos son mayores, por lo cual podría existir un sentimiento de vulnerabilidad y un incremento de su fe hacia Dios (Argüelles, Domínguez, Morales y Lagunes, 2017), lo cual se asociaría más a un LC Externo.

Por otro lado, si bien la investigación a nivel general no encontró correlaciones estadísticas significativas, en un análisis detallado se encuentra una

correlación próxima al .20 entre Ansiedad Estado y el Locus de Control Externo Otros Poderosos ($Rho = .162$). Estos resultados son esperables debido a que la población en estudio son estudiantes de la carrera de salud y ellos tienen una tendencia atribuir la causa de su condición y cuidado de salud a aspectos médico-científicos, cuando la ansiedad se manifiesta con una falta de control, indefensión y amenaza hacia eventos futuros (Barlow, 2000).

La poca asociación entre las variables puede deberse a la presencia de Síndromes Folclóricos, situación que lleva a que los participantes del estudio rechacen las explicaciones medicas tradicionales, aunque no de forma tajante (Pariona, 2014) o que la presencia de algún disonancia cognitiva (Festinger, 1975), pues los estudiantes podrían tener conceptualizaciones diferentes (místicas y/o científicas de manera simultánea) sobre la salud, pero no les generaría mayor malestar, aunque parezca contradictorio.

Dentro de los objetivos específicos se pudo apreciar una correlación próxima al .20 entre Ansiedad Estado y el Locus de Control Externo Otros Poderosos ($Rho = .162$) en estudiantes de enfermería, así mismo, no se halló relación significativa en el grupo de obstetricia. No obstante, es necesario señalar la significancia estadística, se ve afectada por el tamaño muestral y mientras más grande la muestra será fácil encontrar correlaciones significativas (Manterola, Pineda y Mincir, 2008). De acuerdo a Tuckman, 1978 (citado en Buendía, Colás y Hernández, 2001), la presencia de variables intervinientes como la actitud de los evaluados frente al evaluador o su motivación en el momento de la resolución de los cuestionarios, pudiendo haber afectado la relación entre las variables sin que se hayan podido identificar claramente el momento de la aplicación de las pruebas.

Asimismo, de acuerdo a las edades y la relación entre la ansiedad estado – rasgo y el locus de control de la salud, no se encontró relación significativa entre las variables. En este sentido, algunos autores sí han encontrado relación, pero de manera independiente entre la edad con el locus de control (Bailis, Segall y Chipperfield, 2010) y niveles altos de ansiedad (Bayram y Bilgel, 2008). En nuestro caso posiblemente esté influyendo el hecho que los participantes se encontraran en diferentes ciclos, por lo cual las diferencias entre edades hayan sido más variada y menos susceptible a la correlación.

Otro objetivo específico fue identificar la relación entre las dimensiones ansiedad estado-rasgo y locus de control de salud de acuerdo al ciclo académico, no llegando a encontrarse una relación significativa entre las variables, situación que es parecida a estudios previos (Pérez, Rivera y Gómez, 2014). No obstante, es necesario considerar el incremento de ingresantes por año, puede conllevar a que en estudio futuros los resultados varíen (UNSCH, 2017).

5.3. Importancia del estudio e implicaciones para la práctica

La importancia de dicha investigación recae sobre los resultados encontrados, ya que al ser diferente a los hallados en otros estudios internacionales y nacionales, da la posibilidad de precisar y conocer mejor alguno de los factores que podrían influir en su correlación, abriendo nuevos caminos para su investigación.

Por otro lado, los resultados del estudio podrían ser utilizados en el ámbito clínico hospitalario para mejorar el trabajo interdisciplinario entre el personal de salud y los pacientes, así como también en el trabajo de la ansiedad y el estrés implícito en estos procesos.

5.4. Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones de la investigación podríamos considerar el tamaño de la muestra, ya que esta no fue tan amplia; por ende, los resultados aquí encontrados deben circunscribirse a los participantes del estudio. Asimismo, es importante señalar que el lugar geográfico donde se aplicaron las pruebas tiene una historia sociocultural y religiosa bastante particular, que puede haber impactado en la poca relación lineal entre las variables. Finalmente, no se verificó la existencia de algún diagnóstico psiquiátrico en los participantes.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las cuales se llegó en el estudio son las siguientes:

- A nivel general, no se aprecia una correlación significativa entre la Ansiedad Estado – Rasgo y el Locus de Control de la Salud
- En relación a las carreras, se observa una correlación no significativa entre la ansiedad – estado y el locus de control de la salud en los estudiantes de enfermería, mientras que en los de obstetricia las correlaciones son bajas y estadísticamente no significativas.
- Con respecto a las edades, se pudo apreciar una correlación inversa positiva débil entre las edades bajas de ansiedad estado y locus de control interno ($Rho = -.094$), mientras que en las edades altas se observó también una correlación positiva débil entre ansiedad – estado y locus de control otros poderosos ($Rho = -.289$).
- En relación al ciclo académico, también se encontró una correlación baja e inversa entre la ansiedad estado – rasgo y el locus de control de la salud

RECOMENDACIONES

En base a los resultados, se recomienda continuar con las investigaciones que correlacionen las variables de ansiedad estado – rasgo y locus de control de la salud tanto en el departamento de Ayacucho como en otras regiones del país, teniendo un control más riguroso de los síndromes folklóricos, ya que los resultados encontrados en el presente estudio difieren de los resultados encontrados en estudios internacionales.

Se sugiere también utilizar muestras clínicas en estudios posteriores, ya que en investigaciones internacionales en las cuales se han correlacionado las variables de ansiedad y locus de control de la salud, los resultados han sido similares.

Continuar con las investigaciones acerca de los estilos de atribución causal en relación a la salud de los estudiantes, debido a que brindaría más información acerca de esta población que tiene a su cuidado las atenciones de muchas personas.

REFERENCIAS

- ADHD Educational Institute (2004). All about anxiety. *Medical News today*. ah de: <http://www.medicalnewstoday.com/info/anxiety/>
- Alfaro, P. (2012). Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. *Tesis de Licenciatura*, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Anchante, M. (1993). Ansiedad rasgo – estado y soporte social en un grupo de alumnos de EE.GG.LL. de la P.U.C.P. *Tesis de Licenciatura no publicada*, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Arquímedez, S. & López, I. (2015). Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de una clínica de la ciudad de Chiclayo. *Revista Científica Paian*, 6 (2), 2313 – 3139.
- Argüelles, V., Dominguez, S., Morales, J. & Lagunes, R. (2017). Propiedades psicométricas de la Escala de Locus de Control de la Salud en Dios en una muestra de mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Liberabit*, 23 (2), 261 – 274.
- Avendaño, M. (1999). Dependencia al tabaco y ansiedad rasgo – estado en estudiantes de posgrado de una universidad privada de Lima. *Tesis de Licenciatura no publicada*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Bailis, D., Segall, A. & Chipperfield, G. (2010). Age, Relative Autonomy and Change in Health Locus of Control Beliefs: A Longitudinal Study of Members of a Health-promotion Facility. *Sagejournals*, 15 (3), 326 – 338.

- Bandura, A. (1999). Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Deslée De Brouwer: España.
- Bárez, M. (2002). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. *Tesis doctoral*, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 1247-1259.
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (8), 667 – 672.
- Beck, A., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective, New York: Basic Books.
- Benito, M., Simón, M., Sánchez, A. & Matachana, M. (2011). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente Madrid: McGraw Hill.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). Manual de Psicopatología. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.
- Bernal, E. (2010). Síndromes Folkloricos en Cuatro Ciudades de la Sierra del Perú. *Anales de Salud Mental 2010*, 26 (1), 39 – 48.
- Blas, G. (2013). Evangelización colonial y religiosidad andina. *Cultura, Ciencia y Tecnología, ASDOPEN-UNMSM*, 4, 29 – 38.

- Buendía, L.; Colás, P. y Hernández, F. (2001). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw – Hill.
- Butcher, J. (2007). *Psicología Clínica* (12^{ava} Ed.). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Cano, V. (2002). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: UNED.
- Cardales, L. y Galbán, A. (2011). *Ansiedad, Depresión y Locus de Control en jugadores de casino. Tesis de Licenciatura*. Universidad Rafael Urdaneta.
- Carducci, B. J. (2009). *The Psychology of Personality: Viewpoints, Research, and Applications*. John Wiley & Sons.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Cifuentes, C y cols. (1994). *Adaptación, validación y estandarización de la escala multidimensional de Locus de Control en salud para un grupo de población de Santafé de Bogotá y su relación con algunas variables sociodemográficas. Tesis de grado profesional*, Universidad Católica de Colombia, facultad de Psicología, Santafé de Bogotá Colombia.
- Clark, D & Beck, A. (2012) *The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution*. New York: The Guilford Press
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower, S.A.
- Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final. [Versión electrónica] Lima: CVR, 2003.

- Cuba, S. (2015). Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de una clínica de la ciudad de Chiclayo. *Rev. Paian*, 6(2).
- Delgadillo, Gladys. (2016). Niveles de ansiedad del paciente pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2016. *Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga*.
- Degregori, et al. (1999), “Gobierno, ciudadanía y democracia: una perspectiva regional”. En CRABTREE, John y Jim THOMAS [eds.], *El Perú de Fujimori, 1990-1998*. Lima, Universidad del Pacífico e Instituto de Estudios Peruanos, pp. 437-465.
- Dominguez, S., Villegas, G. Sotelo, N. y Sotelo, L. (2012). Revisión psicométrica del Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE) en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(1), 45 – 54.
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorders*, 15, 231-245.
- Espinoza, K. (2017). Relación entre Locus de Control y la Ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1994). *Tratado de psiquiatría* (8ª Ed.). Barcelona: Masson.

- Ferguson, C.J. (2009). An effect size primer: An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers. *Professional Psychology*, 40 (5), 532 - 538.
- Fernández, J., Álvarez, M. Blasco, T. Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la Escala de Competencia Personal Percibida de Wallston; Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4 (1), 31-34.
- Fernández, J. y Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tiene las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*, 10(2), 127 – 133.
- Festinger, L. (1975). *The Theory of Cognitive Dissonance*. EEUU; Stanford, University Press.
- Font, A. (1989). Locus de control en situaciones de indefensión producida por amenaza real. *Psicologemas*, 3, 225 – 243.
- Gao, Y., Pan, B., Hui, W., Jia, W. y Lie, W. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 12, 141.
- Guillén-Riquelme, A. & Buéla-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State-Trait Anxiety Inventory. *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Heredia, J. (2002). Conceptualización, medición y aplicación del constructo Locus de control: una revisión teórica. *Tesis de licenciatura*, Universidad de la Sabana, Bogotá.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista P. (2010). Metodología de investigación. México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2013). Estudio epistemológico metropolitano en salud mental en Lima Callao – Replicación 2012. Lima: INSM HD-HN
- Iosa, E., Iosa, T., Lucchese, M., Burrone, M., Alvarado, R., Valencia, E., *et al.* (2013). Transmisión transgeneracional del trauma psicosocial en comunidades indígenas de Argentina: percepción del daño en el pasado y presente y acciones autorreparatorias. *Cad. Saúde Colet.*, 21 (1), 85 – 91.
- Jenkins, R.A y Burish, T.G. (1995). Health locus of control, chemotherapy – related distress, and response behavioral intervention in cancer patients. *Psychology and Health*, 10, 463 – 475.
- Johnson, O. (2016). Health Locus of Control as Predictor of Dental Anxiety Patients at University Collage Hospital in Ibadan. *Africology: The Journal of Pan African Studies*, 9 (2), 192 – 143.
- Kulpa, M., Kosowicz, M., Styputa – Ciuba, B. y Kazalska, D. (2014). *Prz Gastroenterol*, 9 (6), 329 – 335.
- Kelinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en ciencias sociales* (4^{ta} Ed.). México: Mc Graw-hill.
- Lefcourt, H. M. (1981). The construction and development of the multidimensional-multiattributonal causality scales. Research with the locus of control construct, 1, 245-277.

- Levaggi, M. (2016). Ansiedad y estilos de humor en profesionales de enfermería de un hospital oncológico. *Tesis de Licenciatura*, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 41(3), 397- 404
- Machado, A., Anarte, T. y Ruiz de Adana, M. (2010). Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Clínica y Salud*, 21(1), 33 – 47.
- Manterola, C., Pineda, V. y Mincir, G. (2008). El valor “p” y la “significance estadística”. Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. *Rev. Chilena de Cirugía*, 60 (1), 86 – 89.
- McNally, R. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 747 – 754.
- Mendoza, C. & Saavedra, J. (2012). La violencia política y su relación con ansiedad, depresión y abuso de alcohol en la población adolescente de tres ciudades de la sierra del Perú. *Revista de Neuro – Psiquiatría*. 75(2), 111 – 119.
- Musitu, G. & Buelga, S. (2004) Desarrollo Comunitario y Potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L.Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria*, (pp. 167-195). Barcelona: UOC
- OMS. La atención Primaria de la Salud. Más Necesaria que Nunca. Informe sobre la Salud en el Mundo. ISBN 978 92 4 356373 2. Ginebra, 2008 Citado 16/02/18. Disponible en www.who.in/whr/2008/08_report_es.pdf 154.

- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 1, 00-00.
- Papanikolaou, V., Gadallah, M., Leon, G., Massou, E., Prodromitis, G., Skembris, A & Levett, J. (2013). *Relationship of Locus of Control, Psychological Distress, and Trauma Exposure in Groups Impacted by Intense Political Conflict in Egypt. Prehospital and Disaster Medicine*, 28(5), 423 – 427.
- Pariona W. Salud y enfermedad en Ayacucho: La Medicina Tradicional en el escenario del siglo XXI". *Tesis de Doctorado*. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014 (Citado el 03 de Marzo del 2018). Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4082>.
- Pérez, D., Rivera, S. & Gómez, J. (2015). *Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*. 11 (1), 79 – 89.
- Pezawas, L., Meyer-Lindenberg, A., Drabant, E. M., Verchinski, B. A., Munoz, K. E., Kolachana, B. S., et al (2005). 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate amygdala interactions: A genetic susceptibility mechanism for depression. *Nature Neuroscience*, 8, 828–834.
- Phares, E. F. (1951). Degradation of labeled propionic and acetic acids. *Archives of biochemistry and biophysics*, 33(2), 173-178.
- Priego, W. (2014). Ansiedad y Autorregulación en acogedores de Lima. *Tesis de Licenciatura*, Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Rastegar, M., Heidari, N. y Razmi, H. (2013). The Relationship between Locus of Control, Test Anxiety and Religious Orientation among Iranian EFL Students. *Open Journal of Modern Linguistics*, 3(2), 108 – 113.
- Rengifo, T. (2017). Autoestima y ansiedad en estudiantes ingresantes a ciencias de la salud en una universidad privada. *Tesis de Licenciatura*, Universidad Científica del Perú, Iquitos, Perú.
- Reynaga, G. (2013). Exclusión social y cultural en la educación superior: Caso Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga – UNSCH. *Tesis de Doctorado*, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rinck, M., y Becker, E. S. (2006). Spider fearful individuals attend to threat, then quickly avoid it: Evidence from eye movements. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 231–238.
- Rodríguez, J., López, S. & Pastor, A. (1989) Estrés por hospitalización y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (1), 81 – 104.
- Rodríguez, E. (2012). Percepción sobre el aborto y su relación con el Locus de Control en jóvenes de una universidad de Lima – Metropolitana. *Rev. Per Obst Enf*, 8(1).
- Rodríguez-Rosero, J., Carvalho, M. & Dela, M. (2002). Escala de locus de controle da saúde - mhlc: estudos de validação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(2), 179-184.

- Rojas, R. (1997). Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores de VIH. *Tesis de Magister no publicada*, Pontificia Universidad Católica del Perú.ba
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43(1), 56
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2009). *Metodología de la Investigación y Diseños en la Investigación Científica*. Lima, Perú: Visión Universitaria.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1991, September). Escala de síntomas somáticos. In *III Congreso de Evaluación Psicológica* (pp. 25-28).
- Santacreu, J., Márquez, M. & Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*. 10, 81 – 92.
- Shapiro, D., Schwartz, C. & Astin, J. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230.
- Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. *Anxiety: Current trends in theory and research*, 2, 481-493.

- Spielberger, C. D. & Diaz-Guerrero, R. (1975). IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México: Manual Moderno.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). Manual for State-Trait Anxiety Inventory: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (2013). Anxiety: Current Trends in Theory and Research. New York: Academic Press, Inc.
- Stein, D. y Hollander, E. (2010). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Barcelona: Lexus.
- Sue, D., Wing, D. y Sue, S. (2010). Psicopatología. Comprendiendo la Conducta Anormal (9ª edición). México D.F: Cengage Learning Editores, S.A.
- Tamayo, A. (1993). Locus de control: diferencias por sexo y edad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 39(4), 301-308.
- Torres, H. (2014). Locus de Control y Bienestar Psicológico en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Federico Villarreal. *Tesis de licenciatura*, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. Lima, Perú.
- UNSCH Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga (2017). El número de postulantes, ingresantes, matriculados y egresados por año y carrera. ah de:<http://facultades.unsch.edu.pe/transparencia/wp-content/uploads/2017/12/informacion-de-postulantes-e-ingresantes-OGAP-2015-2016-2017.pdf>

- Valdivia O. Hampicamayoc. *Medicina Folklorica y su Substrato Aborigen en el Perú*. Lima: Imprenta de la UNMSM. 1986.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría* (7^{ma} Ed.). Barcelona: Masson.
- Vargas, E. (2014). Locus de Control de la Salud y Calidd de Vida percibida, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Privada Antenor Orrego.
- Vivas y cols. (1998). Diseño, construcción y pilotaje de una escala multidimensional, multivariada de Locus de Control para poblaciones universitarias de Santafé de Bogotá. *Tesis de grado profesional*, Universidad Católica. Facultad de Psicología, Bogotá Colombia.
- Vuger – Kovacic, D., Grgurek, R., Kovacic, D., Vuger, T. y Kalenic, B. (2007). Relation between anxiety, depression and locus of control of patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 13, 1065 – 1067.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control scale (HLC). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, K., Wallston, B. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1981). Health locus of control scales. Research with the locus of control construct, 1, 189-243.

- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. En G. Sanders (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 65-95). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico* (4a Edición ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Ventura-León, J. L. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648-649.

ANEXO

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución: Universidad de San Martín de Porres

Investigador: Bernardo David Maezono Miyauchi

Título: Licenciado en Psicología

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Locus de Control de la Salud y Ansiedad Estado Rasgo en estudiantes de enfermería y obstetricia de una universidad pública de Ayacucho”. Se realizará este estudio para evaluar los tipos de atribución causal con respecto a la salud y los tipos de ansiedad, con la finalidad de conocer la correlación entre ambas variables.

Procedimientos:

Si usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará dos pruebas psicológicas; una de ansiedad rasgo estado y otra de locus de control de la salud
2. Ambas pruebas se aplicarán en el tiempo de 45 minutos.

Riesgos:

No se prevén ningún tipo de riesgos.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar por participar en el estudio, de igual forma, tampoco recibirá algún tipo de incentivo económico ni de otra índole.

Confiabilidad:

La participación del estudio es totalmente anónima. Si los resultados llegan a ser publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de los participantes.

Uso de la información obtenida:

La información de los resultados será utilizada para una investigación que permitirá conocer más acerca de la ansiedad estado rasgo y el locus de control de la salud. Se cuenta con el permiso del Comité de Ética de la Universidad de San Martín de Porres.

Autorizo que almacenen los resultados de la evaluación

SI NO

Derechos del evaluado:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse en cualquier momento; así mismo, si no decide participar, no tendrá ningún tipo de perjuicio. Si tiene alguna duda adicional, por favor no dude en preguntar al evaluador presente.

Consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendiendo cada uno de los puntos descritos anteriormente. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Fecha

Nombre:

DNI:

Investigador

Fecha

Nombre:

DNI:

ANEXO 2
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad: _____ Sexo: M F

Lugar de Nacimiento: _____

Vive en Ayacucho, en la provincia de: _____

Estado **a** Soltero **b** Casado **c** Divorciado **d** Conviviente **e** Viudo

Civil: (a) (a) (a) (a)

a Si **b** No

Carrera que cursa:

a Enfermería **b** Obstetricia

Ciclo: _____

ANEXO 3

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD

Instrucciones

Cada ítem es una declaración de creencias acerca de su estado de salud. Al lado de cada ítem hay una escala que va desde Totalmente en Desacuerdo (1) a Totalmente de Acuerdo (6). Para cada ítem nos gustaría que colocara el número que representa el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con esa afirmación. Cuanto más esté de acuerdo con un comunicado, mayor será el número que marque. Cuanto menos esté de acuerdo con un comunicado, el número será menor. Por favor, asegúrese de que su respuesta sea UNA POR ÍTEM. Esta es una medida de sus creencias personales, por ende, no hay respuestas correctas o incorrectas.

- 1 = Totalmente en Desacuerdo (TD)
- 2 = Moderadamente en Desacuerdo (MD)
- 3 = Algo en Desacuerdo (D)
- 4 = Algo de Acuerdo (A)
- 5 = Moderadamente de Acuerdo (MA)
- 6 = Totalmente de Acuerdo (TA)

	ÍTEMS	TD	MD	D	A	MA	TA
1	Si caigo enfermo, es mi propia conducta la que determina el tiempo que tardaré en recuperarme.	1	2	3	4	5	6
2	Haga lo que haga, si voy a caer enfermo, caeré enfermo.	1	2	3	4	5	6
3	La mejor manera de evitar la enfermedad consiste en mantener contactos regulares con mi médico.	1	2	3	4	5	6
4	La mayoría de cosas que afectan a mi salud suceden de forma imprevista.	1	2	3	4	5	6
5	Siempre que me siento mal, debería consultar a un médico.	1	2	3	4	5	6
6	Yo puedo controlar mi propia salud.	1	2	3	4	5	6
7	El que me mantenga sano o caiga enfermo depende, en gran medida, de lo que hagan los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5	6
8	Cuando caigo enfermo, yo soy el culpable.	1	2	3	4	5	6

9	La rapidez con que me recuperaré de una enfermedad depende, en gran medida, de la suerte.	1	2	3	4	5	6
10	Mi salud depende de lo que hagan los profesionales sanitarios.	1	2	3	4	5	6
11	Mi buena salud es, en gran medida, cosa de suerte.	1	2	3	4	5	6
12	Mi salud depende, sobre todo, de lo que yo hago.	1	2	3	4	5	6
13	Si me cuido, puedo evitar la enfermedad.	1	2	3	4	5	6
14	Mi recuperación de una enfermedad dependerá, normalmente, del cuidado que me dispensen otras personas (como, por ejemplo, médicos, enfermeras, familiares y amigos).	1	2	3	4	5	6
15	Aunque me cuide, es fácil que caiga enfermo.	1	2	3	4	5	6
16	El que me mantenga sano o caiga enfermo depende del destino.	1	2	3	4	5	6
17	Si me comporto adecuadamente, puedo mantener mi salud.	1	2	3	4	5	6
18	En relación con mi salud, debo hacer únicamente lo que mi médico me dice que haga.	1	2	3	4	5	6

ANEXO 4

IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

		Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Casi siempre
1	Me siento calmado	1	2	3	4
2	Me siento seguro	1	2	3	4
3	Estoy tenso	1	2	3	4
4	Estoy contrariado	1	2	3	4
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	1	2	3	4
6	Me siento alterado	1	2	3	4
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansado	1	2	3	4
9	Me siento angustiado	1	2	3	4
10	Me siento cómodo	1	2	3	4
11	Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4
12	Me siento nervioso	1	2	3	4
13	Me siento agitado	1	2	3	4
14	Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15	Estoy reposado	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Estoy preocupado	1	2	3	4
18	Me siento agitado y aturdido	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

		Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Casi siempre
21	Me siento bien	1	2	3	4
22	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24	Me gustaría ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25	Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente	1	2	3	4
26	Me siento descansado	1	2	3	4
27	Soy una persona tranquila, serena sosegada.	1	2	3	4
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30	Soy feliz	1	2	3	4
32	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33	Me siento seguro	1	2	3	4
34	Procuro evitar enfrentarme a crisis y dificultades	1	2	3	4
35	Me siento melancólico	1	2	3	4
36	Me siento satisfecho	1	2	3	4
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38	Me afectan tanto los desengaños que no puedo quitarlos de la cabeza	1	2	3	4
39	Soy una persona estable	1	2	3	4
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y alterado	1	2	3	4