



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**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 PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
PSICÓLOGO**

AUTORA:

KAREN LOURDES ESPINOZA FLORES

ASESORA:

PSIC. LAIDY MABEL IRAZÁBAL ALAMO

TUMBES – PERÚ
2017

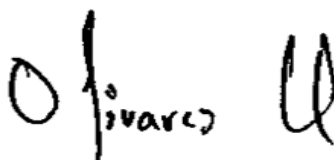
FIRMA DEL JURADO Y ASESORA



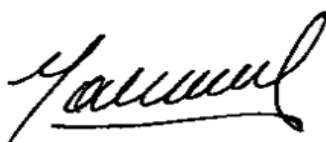
Mgtr. Elizabeth Edelmira Bravo Barreto
Presidente



Mgtr. Carlos Alberto Coronado Zapata
Secretario



Mgtr. Luis Antonio Olivares Ayala
Miembro



Lic. Laidy Mabel Irazábal Alamo
Asesora

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento cordial a mi asesora Lic. Laidy Irazábal Alamo, al director, a los residentes y a mis futuros colegas de la Asociación Nuevo Horizonte, por las facilidades brindadas durante el desarrollo de la presente investigación.

DEDICATORIA

A Dios, por acompañarme
en cada día, cada paso que
doy, por la salud y bienestar.

A mis padres, por darme
sus palabras de aliento, y
estar conmigo en cada
momento de mi vida.

A mis hijas, por ser mis
motores de cada logro
que realizo.

RESUMEN

El objetivo general de la investigación fue determinar la relación entre la ansiedad y el locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017. Se utilizó una investigación de tipo descriptiva correlacional, con un diseño no experimental, transversal. La población muestral estuvo conformada por 42 residentes; para la recolección de los datos se aplicó la técnica de la encuesta, la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung y la escala de locus de control de Levenson; para el análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2013 y el programa estadístico SPSS versión 22 y para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado. De los resultados obtenidos y del contraste de hipótesis se concluye que no existe relación significativa entre el locus de control y la ansiedad en los internos residentes consumidores de sustancias psicoactivas del Centro Terapéutico Cristiano Nuevo Horizonte.

Palabras clave: Ansiedad y locus de control

ABSTRACT

The general objective of the research was to determine the relationship between anxiety and the place of control in residents of the psychoactive associations of the Nuevo Horizonte Association of Villa San Isidro - Tumbes, 2017. Correlational descriptive research was used, with a design not experimental, transversal. The sample population consisted of 42 residents; for data collection, the survey technique, the Zung anxiety self-assessment scale and the Levenson control locus scale were applied; For the analysis of the data, the Microsoft Excel 2013 program and the SPSS statistical program version 22 are used and for the hypothesis test, the Chi square statistical test is used. From the results obtained and the hypothesis contrast, it is concluded that there is no significant relationship between the place of control and anxiety in the internal patients who consume psychoactive substances from the Cristiano Nuevo Horizonte Therapy Center.

Keywords: Anxiety and locus of control

CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.1.1 Internacionales.....	8
2.1.2 Nacionales.....	10
2.1.3 Locales.....	11
2.2 Bases teóricas.....	12
2.2.1 Locus de control.....	12
2.2.1.1 locus de control interno	14
2.2.1.2 locus de control externo.....	16
2.2.1.3. Teorías del aprendizaje asociadas a la adquisición del locus de control interno y externo.....	18
2.2.1.3.1 Teoría conductista.....	18
2.2.1.3.2 Teoría social cognitiva.....	19
2.2.1.4. como rasgo de personalidad.....	19

2.2.1.5 Modelo teórico del locus de control interno y externo y sus aplicaciones al comportamiento humano.....	20
2.2.1.6 Internalidad y externalidad del locus de control.....	21
2.2.1.7 El locus de control en la adolescencia.....	22
2.2.2 Ansiedad.....	23
2.2.2.1 Tipos de trastorno de ansiedad.....	26
2.2.2.2 Síntomas de la ansiedad.....	27
2.2.2.3 Clasificación y síntomas de la ansiedad.....	28
2.2.2.4 Formas de presentación y claves para el diagnóstico de la ansiedad.....	31
2.2.2.5 Enfermedades médicas que pueden cursar con ansiedad.....	31
2.2.2.6 Tóxicos y fármacos que pueden provocar síntomas ansiosos.....	32
2.2.7 Enfoque Psicoanalítico.....	32
2.2.2.8 Enfoque conductual.....	34
2.2.2.9 Enfoque cognitivo.....	35
2.2.2.10 Enfoque cognitivo - conductual.....	36
2.2.3 Sustancias psicoactivas.....	37
2.2.3.1. Conceptos relacionados con las sustancias psicoactivas.....	38
2.2.3.2 La dependencia producida por las drogas.	39
2.2.3.3 Categorías de las sustancias psicoactivas.....	40
2.2.3.4 Drogas legales e ilegales.....	41
2.2.3.4.1. Drogas legales.....	41
2.2.3.4.2. Drogas ilegales.....	43

2.2.3.5. Factores de riesgo familiares para el uso y abuso de sustancias psicoactivas.....	43
2.2.3.5.1 Factores Específicos.....	44
2.2.3.5.2 Factores no Específicos.....	44
2.2.3.6 Formas de intervención familiar para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.....	45
2.2.3.7. Tipos de intervenciones preventivas del consumo de sustancias psicoactivas.....	47
2.2.3.7.1. Intervenciones dirigidas a las personas.....	47
2.2.3.7.2. Intervenciones dirigidas al ambiente.....	48
2.2.3.7.3. Intervención educativa.....	49
2.2.3.6 Categorías de consumo de sustancias psicoactivas.....	49
2.2.3.7. Causas inductoras del uso de sustancias psicoactivas en los niños niñas y adolescentes.....	50
2.2.3.8. Causas y efectos que influyen en la drogadicción de los jóvenes.....	51
2.2.3.9. Causas de la drogadicción.....	52
2.2.3.10. Efectos de la drogadicción.....	52
2.2.3.11. Factores protectores en el consumo de sustancias psicoactivas.....	54
2.2.3.12. Factores antecedentes del consumo.....	56
2.2.3.13 Características de una conducta adictiva.....	58
2.2.3.14. Las adicciones con sustancias, o consumo de drogas psicoactivas.....	60

2.2.3.15 Teorías asociadas al aprendizaje de la conducta de los consumidores.....	62
2.2.4. Familia y riesgo de consumo indebido de sustancias psicoactivas.....	65
2.2.4.1 Familia.....	65
2.2.4.2. Orígenes de la familia.....	66
2.2.4.3. Modelos de familia.....	67
2.2.4.4. Tipos de familia.....	67
2.2.4.5. Familias disfuncionales.....	69
2.2.4.6. Factores familiares y consumo.....	69
III.HIPÓTESIS.....	70
IVMETODOLOGÍA.....	70
4.1 Tipo y nivel de la investigación.....	70
4.2 Diseño de la investigación.....	71
4.2.1 Esquema del diseño no experimental de la investigación.....	71
4.3 Población y muestra.....	71
4.3.1 Población.....	71
4.3.2 Muestra.....	72
Criterios de inclusión.....	72
Criterios de exclusión.....	72
4.4 Definición y operacionalización de variables.....	73
4.4.1 Locus de control.....	73
Definición Conceptual (DC).....	73
Definición Operacional (DO).....	73

4.4.2 Ansiedad.....	73
Definición conceptual (DC).....	73
Definición Operacional (DO).....	74
4.4.3 Cuadro de operacionalización de variables.....	74
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	74
4.5.1 Técnicas.....	74
4.5.2 Instrumentos.....	75
4.5.2.1 Escala de locus de control de Levenson.....	75
4.5.2.2 Escala de autoevaluación de ansiedad de Zung.....	77
4.6 Plan de análisis.....	78
4.7 Matriz de consistencia.....	79
4.8 Principios éticos.....	80
V.RESULTADOS.....	81
5.1 Resultados	81
5.2 Análisis de resultados.....	85
VI.CONCLUSIONES.....	87
VII.RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	94
Anexo 1: Escala de locus de control.....	94
Anexo 2: Escala de ansiedad.....	95
Anexo 3: Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	96
Anexos 4: Consentimiento informado.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	72
Distribución poblacional de los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.	
Tabla 2	81
Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.	
Tabla 3	82
Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de ansiedad en residentes de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.	
Tabla 4	83
Tabulación cruzada entre locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.	
Tabla 5	84
Correlación entre locus de control y la ansiedad en los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.	

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1

Diagrama circular de la distribución porcentual del locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.....81

Figura 2

Diagrama circular del nivel de ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.....82

Figura 3

Gráfico de barras del nivel de ansiedad y locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.....83

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente el consumo de sustancias psicoactivas, como las drogas legales tales como el tabaco, el alcohol; o ilegales como la marihuana, la pasta básica de cocaína, el clorhidrato de cocaína, entre otras, siguen siendo un problema psicosocial y de salud pública que ocasiona preocupación social en los diferentes contextos en donde se presenta, preocupación que se incrementa ya que muchos adolescentes inician su consumo en edades más tempranas, generando consecuencias negativas a largo plazo (Becoña, 2008; Laespada,, Iraurgi y Aróstegui, 2004; y López y Rodríguez, 2010).

Es realmente preocupante el indiscriminado uso de sustancias psicoactivas en la adolescencia, cuando sabemos que en esta etapa aparecen diversos cambios, tanto corporales como afectivos, cognitivos y de valores, siendo característico el eminente deseo de vivir experiencia intensas y la búsqueda de autonomía, pasando por alto las normas familiares y sociales, convirtiéndose así en personas vulnerables al desarrollo de conductas asociadas al consumo de drogas, conductas que en muchos casos seguirán presentes en otras etapas; al respecto Brooks y Gunn, Lemer, Petersen, Silbereisen (2014) indica que hay aspectos y condiciones personales, ambientales que aumentan la probabilidad de ocurrencia de comportamientos de riesgo. El uso de algunas se inician desde edades tempranas, concibiéndose esto como un factor u condición de vulnerabilidad, ubicando a los adolescentes en una etapa de riesgo con conductas adictivas.

Según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA (2013) una de las drogas legales de mayor consumo es el alcohol; el 50% de los bebedores escolares iniciaron la ingesta a la edad de 12 y 14 años; así mismo en

relación al género por cada 10 varones, hay 9 mujeres que lo consumen y en relación al tipo de colegio, los privados obtienen un porcentaje mayor de consumo, 27.4% respecto de los colegios públicos, 16.7%. Finalmente se ha comprobado que el consumo de bebidas alcohólicas se incrementa en función de la edad y el año de estudio de los estudiantes.

De acuerdo a la Oficina de la Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito – UNODC - (2014) una de las drogas ilícitas de mayor consumo y con altos niveles de producciones, tanto a nivel mundial como nacional, es la marihuana. El Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas – CEDRO (2014) refiere que el consumo de marihuana en el Perú se ha incrementado significativamente, del 5.6% en el 2010 a 7.5% en el 2013.

Según DEVIDA (2013) el inicio de consumo de la marihuana se da en la edad promedio de 14.3 años, coincidiendo con la edad de iniciación de la PBC, cocaína y MDMA o éxtasis, asimismo los varones obtienen 2.7% de prevalencia de año, mientras que el 1.6% en mujeres. Por otro lado, el consumo se duplica en los estudiantes cuyas edades oscilan entre 17 y 20 años de edad, respecto a los de 11 y 13 años, percibiéndose un patrón similar en cuanto al año de estudio. Finalmente, DEVIDA estima que por cada 100 escolares de instituciones públicas que consumen sustancias ilícitas, 131 de centros privados también lo hacen.

Según el Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina – CAN (2013) las edades de inicio de consumo de alcohol en estudiantes universitario son: los varones presentan una edad de inicio promedio de 15.7 años, y las mujeres de 16.58 años; en conclusión el promedio de edad general fue de 16.13 años.

En relación a la dependencia de alcohol, el 6.62% de mujeres que han consumido alcohol durante el último año muestra signos de dependencia de alcohol, al igual que el 14.46% de los varones. Finalmente, según el involucramiento de familias o amigos que se embriagan frecuentemente, el 18.89% no tienen dos o más personas de su entorno que se embriagan.

Según el CAN (2013) en los estudiantes universitarios, el consumo de marihuana se inicia a la edad en promedio de 18.46 años, evidenciándose una mínima diferencia entre los varones 18.24 años y en mujeres 18.99 años.

Diversos estudios de tipo transversal y longitudinal han determinado que los factores causantes del consumo de drogas legales o ilegales en adolescentes y jóvenes son: La curiosidad, la necesidad de ser aceptados, por el acceso a las bebidas alcohólicas, la moda, aburrimiento, revelación, la presión de amigos, estados emocionales, tales como la depresión, ansiedad entre otros.

Asimismo, Rojas (2013) refiere que los adolescentes que mantienen una lucha interna con sus sentimientos y que aún no logran canalizar y descargar adecuadamente sus emociones e inquietudes, son más vulnerables al consumo de drogas, encontrando en ellas la salida a su desesperación o angustia, evadiendo así la realidad. Por otro lado, Rojas señala que otro factor es la familia, refiriéndose a la percepción y a la actitud de los padres con respecto al consumo de alcohol y a otras drogas, la educación y las medidas inconsistentes con respecto al consumo de sustancias de los hijos, la genética, el estrés generado por la separación o el divorcio de los padres, la enfermedad o el fallecimiento de alguno de ellos.

Con respecto a las consecuencias neuropsicológicas ocasionadas por el alcohol y otras drogas, Hanson y otros (2011) refieren que el uso exclusivo y excesivo de alcohol está asociado con el déficit en la memoria de corto plazo. Así mismo Batalla y otros (2013) sugieren que el uso de marihuana altera el funcionamiento y la estructura del cerebro.

Un importante constructo para la comprensión de conductas adictivas, es el locus de control, ya que según Oros (2005) es un importante recurso de afrontamiento y al mismo tiempo es un factor predictivo de otras variables actitudinales, comportamentales y afectivos. Asimismo, Oros afirma que si el individuo percibe que es capaz de dominar la situación se estaría hablando de un locus de control interno; sin embargo, se habla de un locus de control externo si la situación no es contingente con la conducta y el individuo percibe que a pesar de sus esfuerzos no puede dominar el acontecimiento y el resultado de este será consecuencia del azar o de la influencia de los demás.

Según Oros (2005) el locus de control externo ha sido referido como predictor de enfermedades, dificultades en lo que refiere el ajuste emocional y social, baja satisfacción laboral y mayor percepción de amenazas; sin embargo, el locus de control interno se percibe como factor de protección en niños y adolescentes en riesgo siendo una causa importante en el proceso de la resiliencia (Gonzales, Oudhof, Valdez, 2012).

Según Rojas (2006) las mujeres consumidoras presentan un locus de control interno, sin embargo, en los varones se encontró un locus de control externo. Por otro lado, Gonzales y otro (2012) encontraron que pacientes alcohólicos con locus de control interno obtiene mejores resultados terapéuticos que los pacientes con locus de

control externo.

Algunos estudios con adolescentes indican que el locus de control externo lleva a que los sujetos sean más influenciados por otras personas, debido a que perciben que los acontecimientos escapan a su control personal, por lo cual implicaría un menor autocontrol y por lo tanto un mayor riesgo de caer en el abuso de sustancia (Fabelo, Iglesias y Núñez, 2011).

Uno de los aspectos discutidos en la literatura de las adicciones, es la ansiedad, según Kaplan y Sadock (citado por Cárdenas y Galban, 2011, p.5) esta es un estado emocional desagradable en el que existen sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprehensión. Según las manifestaciones de Cano (2011) los síntomas están asociados al consumo, abuso o dependencia de una droga, tales como: Cafeína, nicotina, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis, entre otras; los niveles de ansiedad más altos están presentes en los consumidores habituales de drogas, incluso después de haber abandonado el consumo.

Es importante enfatizar que existen muchos factores de riesgo, que generan en los adolescentes y jóvenes el incremento de probabilidad o el riesgo de involucramiento y desarrollo de comportamiento adictivo, entre ellos encontramos la ansiedad (Rojas, 2013); la misma que asociada a un locus de control externo incrementaría significativamente un mayor riesgo de caer en el abuso de sustancias psicoactivas (Fabelo, Iglesias y Núñez, 2011).

Según Marín y otros (citado por Plumbohm, 2016, p.10) proponen que una intervención respecto al consumo de drogas durante la adolescencia debería estar dirigida hacia el desarrollo de un locus de control interno, ya que el uso y abuso de

drogas tiene como respuesta algunos factores de riesgo tal como ansiedad y estrés en adolescentes puede tener como consecuencia una futura adicción, al mismo tiempo, señalan que las intervenciones son más eficaces en edades tempranas, es decir durante la adolescencia temprana.

Con respecto a los estudios realizados por la CAN publicados en los años 2009 y 2013 la tendencia al consumo de alcohol en los jóvenes ha aumentado de la prevalencia de 69.93% a 71.70%; así mismo se determinó que la dependencia alcohólica se ha incrementado significativamente de 8.3% en 2009 a 10.8% en 2012; como se puede observar el abuso de bebidas alcohólicas se ha convertido en un problema sanitario llegando a la conclusión de que el abuso de bebidas alcohólicas de esta población se ha convertido en un problema sanitario de honda preocupación en el Perú.

La ciudad de Tumbes no es ajena a esta problemática, con frecuencia observamos por las calles a adolescentes, jóvenes e incluso adultos, deambulando por las calles, solicitando el apoyo económico de los pobladores para continuar consumiendo, otros consumen diferentes tipos de drogas en lugares que generalmente están abandonados o ubicados en espacios desolados.

Con respecto a los residentes de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro, la mayoría provienen de familias disfuncionales, con un nivel de instrucción superior incompleto y de un nivel socioeconómico bajo, a pesar de la sintomatología características de la abstinencia ellos evidencian su gran deseo de superación, el apoyo familiar que reciben favorecen tal decisión. Los planteamientos mencionados anteriormente generaron el siguiente problema ¿Existe relación entre locus de control y la ansiedad en residentes de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro –

Tumbes, 2017?

Con relación a ello el objetivo general fue, determinar la 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, por lo tanto, se cumplió con los objetivos específicos: a. Identificar el nivel de locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017. b. Identificar el nivel de ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017. c. Correlacionar el locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Desde el punto de vista teórico la presente investigación pretende determinar la relación entre el locus de control y la ansiedad en los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte lo cual contribuirá a la aplicación de conceptos y en el desarrollo de teorías relacionadas con el área. Igualmente todos los conocimientos vertidos en ella, servirán como guías a futuras investigaciones que pretenden profundizar el tema.

Desde el punto de vista práctico, servirá también como referencia para los equipos multidisciplinarios enfocados a asistir a esta población vulnerable.

Finalmente, desde el punto de vista social el estudio facilitará información a los adolescentes y jóvenes para que tomen medidas preventivas y de intervención psicológica.

La investigación tuvo como hipótesis general: si existe relación significativa entre locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

El tipo de investigación fue descriptivo correlacional de nivel cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal, teniendo como población muestras a 42 residentes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, específicamente a través de la aplicación de la escala de locus de control de Levenson y la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung. El análisis y procedimiento de datos se realizó en el Microsoft office Excel 2013 y en el software estadístico SPSS versión 22 para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado, con un $p < 0,05$. Los resultados indican que el 40% de los residentes se ubicaron en el nivel máximo de la ansiedad y el 28% en el nivel promedio del locus de control; se concluye que no existe relación significativa entre la ansiedad y locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes:

2.1.1 Internacionales

Gonzales, García y Córdova (2003) en su investigación denominada “Uso de sustancias entre adolescentes y su asociación con síntomas depresivos y percepciones sus relaciones familiares”-México tuvo como objetivo evaluar la relación de la percepción de las relaciones diádicas entre usuarios de drogas y sus padres, consumo de drogas, ansiedad y depresión del usuario; teniendo como muestra a 110 adolescentes consumidores de alcohol y drogas entre los 12 a 18 años de edad; los

resultados indicaron que el 78% de adolescentes consumen drogas y el 34% consumen alcohol; la intensidad del uso de sustancias es 44%, por percepción en drogas 86% y 45% en trastorno depresivo, teniendo como conclusión que los resultados obtenidos coinciden con lo reportado en las literaturas relativa a los factores familiares y su influencia en el consumo de drogas entre los adolescentes.

Puig (2010) en su investigación denominada “Uso y abuso de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios” – Argentina; tuvo como objetivo investigar la prevalencia de uso y abuso de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios de cinco carreras; relacionadas con el área de salud de la universidad Abierta Interamericana, sede Regional Rosario con una muestra de 305 alumnos, los resultados obtenidos indican que el 45.6% de mujeres y el 46.1% de varones consumen 2 a 4 veces por mes bebidas con alcohol afirmando que el 43% son de la carrera de quirúrgica, el 50% de kinesiología, el 55% de medicina, el 36% de nutrición y el 38% de psicología consumen 2 a 4 veces por mes bebidas alcohólicas, siendo la cerveza la bebida consumida con mayor frecuencia con un 37.1%. Se concluye, que los resultados mencionados, indican la necesidad del desarrollo de políticas públicas de intervención y reforzar las estrategias existentes de promoción y prevención de la salud, ya que muchas personas, especialmente los adolescentes subestiman los riesgos asociados con el consumo de bebidas alcohólicas y otros no están dispuestos o preparados a admitir su posible incipiente o ya instalada dependencia.

Cadena (2016) realizó una investigación titulada “Frecuencia de patología dual en pacientes con dependencia al alcohol y su relación con trastorno de ansiedad y depresión”, tuvo como objetivo general identificar la frecuencia de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad en pacientes que acuden a tratamiento por primero vez por

consumo de alcohol, la muestra estuvo constituida por 24 pacientes de edades promedio entre 15 a 65 años que acudieron al centro de atención integral para las adicciones de la delegación Coyoacán (CAIA); los resultados indican que el 37.50% de los pacientes con dependencia al alcohol se ubican en un nivel de depresión muy severo y el 59% se ubican en los niveles de ansiedad mayor. Se concluye que existe coexistencia significativa entre estos trastornos.

2.1.2 Nacionales:

Aspillaga (2011) realizó una investigación titulada “Creencias irracionales y estilo atribucional en grupo de jóvenes abusadores de marihuana”, teniendo como objetivo general describir las creencias irracionales y el estilo atribucional, teniendo como muestra a 40 jóvenes, 32 hombres y 8 mujeres entre los 18 y 25 años de edad, como resultados se observó el tiempo de consumo que va de 1 a 12 años, con una medida de 4.15 años de consumo (DS= 2.8) y una mediana de 3 años. La cantidad máxima de cigarrillos de marihuana consumidos en 24 horas ascendió al 3.5 cigarrillos en promedio (DS= 2.1), observándose un rango que va de 1 a 9 cigarrillos; como conclusión se percibe como agentes activos de su realidad, por lo que se cree que la marihuana es consumida de modo de escape de dichos sentimientos.

Cáceres (2016) realizó una investigación denominada “Factores de personalidad u estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana” tuvo como objetivo analizar la relación entre los factores de personalidad y las estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana; la muestra estuvo conformada por 51 jóvenes que solicitan consulta por consumo de marihuana en programa ambulatorio de motivación y consejería en adicciones de Lima Metropolitano 41 hombres y 10 mujeres entre 13 y 23 años de edad, como resultados se obtuvo un nivel

extraversión 44% máxima en factores de personalidad y 10.08% en estrategias de afrontamiento los participantes reportaron mayor uso de planificación; como conclusión la personalidad es un factor importante para identificar el riesgo presentado por un individuo, asimismo la intervención de forma que esta se ajuste a sus características particulares.

Beltrán (2016) en su investigación denominada “Locus de control en consumidores de marihuana, Chimbote – 2015”, tuvo como objetivo general describir el locus de control en los consumidores de marihuana de la ciudad de Chimbote, la muestra estuvo constituida por 84 consumidores de marihuana; los resultados indican que el 60% de consumidores de marihuana provenientes de familia extensa se ubican en el nivel promedio de locus de control y el 54.4% provenientes de familia monoparental se ubican en el mismo nivel, el 61.1% según el grado de instrucción primaria se ubican en el nivel promedio de locus de control y el 66.7% del grado de instrucción secundaria se ubica también en el mismo nivel. Se concluye que la mayoría de la población de estudio presenta un nivel de locus de control externo promedio.

2.1.3. Locales:

Guillermo (2015) realizó esta investigación titulada “Relación entre el clima social familiar y la ansiedad en los estudiantes del VI, VII y VIII ciclo de la escuela profesional de psicología en la universidad Católica los Ángeles de Chimbote – Filial Tumbes, 2014”, obteniendo como objetivo general determinar el clima social familiar y su relación con la ansiedad en los estudiantes VI, VII y VIII ciclo de la escuela profesional de psicología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote – Filial Tumbes, 2014. La población estuvo constituida por 70 estudiantes de ambos sexos del VI, VII y VIII ciclo de la escuela profesional de psicología; los resultados obtenidos

indican que el 52% de los estudiantes se ubican en la categoría alto del clima social familiar y el 51% se ubican en el nivel moderado de ansiedad. Se concluye que existe relación significativa ($p < 0,01$) entre el clima social familia y la ansiedad

Rosales (2016) Realizó una investigación titulada “Relación entre locus de control y la Motivación del logro de los estudiantes del primer año de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción – Tumbes, 2015”, tuvo como objetivo general determinar la relación entre locus de control y motivación del logro de los estudiantes del primer año de secundaria; la población estuvo conformada por 176 estudios, 94 varones y 82 mujeres. De los resultados obtenidos se concluye que no existe correlación significativa entre variable locus de control y la motivación de logro.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Locus de control

Según Morales y Cols (citada por Kenigstein y Rodríguez, 2012, p.17) el locus de control se desarrolla a partir de la teoría del aprendizaje social en la que se considera que la conducta de un sujeto en una situación dada, es función de la expectativa y del valor del reforzamiento en dicha situación. Así, en esta teoría se define la expectativa como la probabilidad asignada por el individuo de que un reforzamiento específico ocurra en función de una conducta específica en un momento determinado.

La expectativa generalizada más investigada ha sido el grado en que las personas perciben su propias acciones como desencadenantes de los refuerzos recibidos o, por el contrario, que estos últimos son resultado de agentes distintos a ellas.

Morillo (2014) uno de los factores que influyen el juicio de control son las creencias, dentro de las cuales podemos ubicar al Locus de Control, lo que hace y produce una necesidad de control inherente al ser humano. Las personas se esfuerzan por ejercer cierto grado de control sobre los hechos que consideran importantes en sus vidas, consiguiendo así realizar sus objetivos. Por el contrario, la sensación de no poder controlar un evento genera frecuentemente un estado de paralización que inhabilita a las personas para alcanzar las metas propuestas. Cuando un individuo siente que no puede hacer nada para modificar algún aspecto importante de su medio o predecir un acontecimiento futuro, pierde el deseo y la voluntad de cambiar otros aspectos del ambiente que son factible de cambio.

Bandura y Rotter (citado por Morillo, 2014, p. 19) dentro de las creencias de control pueden distinguirse aquellas que se relacionan con la localización del dominio y aquellas que se relacionan con la eficacia para ejercerlo.

Ha sido precursor en el estudio de las creencias de eficacia, en tanto que señala Rotter como una de los que más ha aportado a la noción de emplazamiento o locus de control. El locus de control se refiere a la posibilidad de disminuir un acontecimiento según se localice el control dentro o fuera de uno mismo. Cuando una situación se percibe como contingente con la conducta de uno, se habla de locus de control interno. En este caso, el individuo siente que tiene la capacidad de dominar el acontecimiento. Si en cambio esta situación no es contingente con la conducta del sujeto, se denomina locus de control externo, donde, no importa los esfuerzos que el individuo haga, el resultado será consecuencia del azar o del poder de los demás.

Según la teoría del aprendizaje social de Rotter (Citado por Beltrán, 2016, p. 17). La conducta humana tiene relación con los determinantes cognitivos, conductuales y ambientales. Por tanto, la percepción de control o no control que en una persona tiene sobre los eventos que ocurren a su alrededor, son importantes para el curso de su propia vida.

El locus de control es una variable de la personalidad, relativamente que representa la atribución que una persona lleva a cabo sobre si el esfuerzo que realiza es o no contingente a su conducta.

Undurraga y Avendaño (citado por Beltrán, 2016, p.18) define el locus de Control como la interpretación que el sujeto tiene sobre las posibilidades de modificación del medio en que vive, medio que lo incluye, y tiene que ver con lo que se conoce como “locus de Control”. El locus de control puede ser interno o externo. En el ámbito de la relación del individuo con su entorno.

2.2.1.1. Locus de Control Interno

McCombs (citada por Kenigstein y Rodríguez, 2012, p.18) sugiere que lo que subyace al locus de control interno es el concepto del “sí mismo como un agente”, esto significa que los pensamientos de cada persona controlan sus acciones, y al realizar esta función ejecutiva del pensamiento se afectan positivamente las creencias, la motivación y el desempeño. Así, si la persona percibe que el refuerzo es contingente a su conducta o sus características internas, se dice que tiene un locus de control interno.

Para Rotter, dado que los sujetos con locus de control interno perciben que el mundo es predecible y puede ser manipulado por ellos, tienden a involucrarse en un mayor número de procesos de influencia que los sujetos con locus de control externo,

los cuales a su vez perciben el mundo como entidad incapaz de ser manipulada por sus habilidades sino, más bien, por la suerte, el azar o la acción de otros poderosos.

Rotter (Citado por Beltrán, 2016, p. 18) refiere que si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, es una creencia en el control interno; en cambio, sostiene que cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido, en nuestra cultura, como el resultado de la suerte, y en este sentido es una creencia en el control externo. Góngora y Reyes (Citado por Gómez y Valdés, 1994, p.18) diversos estudios señalan que las personas en las que prevalece un locus de control interno tienen una mejor ejecución y menos emociones negativas, ya que sus estrategias de enfrentamiento están más orientadas a la tarea y menos orientadas a la emoción.

Domingo (2014). Refiere al locus de control, en la *Revista psicológica insight*, indica que el locus de control (LC) es un término que se usa en psicología que se refiere a la percepción que tiene una persona sobre las causas de lo que pasa en su vida.

- Es la manera en que percibe una persona si el origen de su propio comportamiento es interno o externo a ella.
- No se trata de una característica fija en las personas sino que se trata más bien de un contenido, pues en la percepción de las causas de lo que nos pasa siempre habrá elementos tanto internos como externos.

En ese continuo, encontramos que las personas pueden tener una tendencia hacia en extremo o el otro, donde podemos describir los dos extremos como interno y externo, siendo su definición y características:

Lefecourt (citado por Palomar y Valdés, 2004, p. 19) la persona está más atenta a todo aquello que les pueda dar información para su conducta futura, están más preocupadas por sus fracasos o errores, son más resistentes a la manipulación, su aprendizaje es más intencional, tiene un mejor funcionamiento académico y su actividad se conduce al logro.

2.2.1.2. Locus de control externo:

Ardouin, Busto y Jarpa (Citado por Kenigstein y Rodríguez, 2012, p. 18) habla de locus de control externo, cuando un sujeto percibe un refuerzo como una consecuencia que no es contingente con su conducta, y posee la creencia de que estos acontecimientos están determinados por fuerzas externas como la suerte o el destino.

Percepción del sujeto que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros. Así, el LC externo es la percepción de que los eventos no tienen relación con el propio desempeño, es decir que los eventos no pueden ser controlados por esfuerzo y dedicación propios. Tal persona se caracteriza por atribuir méritos y responsabilidades principalmente a otras personas.

Rotter (citado por Beltrán, 2016, p.18) refiere que el locus de control externo sucede cuando el individuo percibe que un evento externo ha ocurrido de manera independiente a su comportamiento. Por lo tanto el individuo asocia al azar, a la suerte o al destino, el acontecimiento que ha ocurrido.

Lefcourt (citado por Palomar y Valdés, 2004, p. 19) afirma que los individuos con locus de control externo consideran que la casualidad resolverá sus problemas y son menos productivos.

Aquí más que nunca hablamos de una percepción subjetiva, la persona atribuye un esfuerzo a una conducta, pero no sabemos en qué grado corresponde a la realidad, sabemos en cambio, qué expectativas tiene esa persona sobre sus posibilidades para influir en sus propias conductas, con su propia voluntad, e independientemente de lo que pase fuera. Un ejemplo muy claro lo encontramos en los niños, que atribuyen los éxitos o fracasos a su propia convivencia, diciendo “me han suspendido” cuando tienen un mal resultado en un examen (locus de control externo) y diciendo “he aprobado” cuando el resultado es deseable (locus de control interno). Es una manera muy inteligente, aunque distorsionada de atribuirse a uno mismo los logros y evitar hacerse responsable de los fracasos.

Así que dependiendo de la situación podemos percibir que tenemos éxitos o fracasos debidos al esfuerzo personal, la propia valía, nuestra inteligencia, o nuestras destrezas y habilidades (factores internos) o a factores externos como la gran dificultad de la tarea, la suerte, o la influencia de otras personas. Que pensemos una cosa u otra determinará si nos vemos capaces de controlar nuestra vida.

El locus de control por tanto tiene mucho que ver con la autoimagen en términos de auto competencia, y por tanto, influye en la autoestima.

Tener locus de control interno nos beneficia, entre otras cosas:

- Nos hace responsables de nuestra propia vida y nos capacita para luchar por lo que queremos.

- Nos obliga a asumir errores y aprender de ellos.
- Tenemos sensación de logro cuando conseguimos nuestros objetivos.
- Nos da el control sobre nuestra vida.
- A medida que asumimos logros nos mejora la autoestima.

A medida que asumimos errores nos hace ser humildes y capaces para aprender.

Es un constructo psicológico de gran importancia en el devenir de las conductas y acontecimientos de la vida del adolescente como producto de deseos y decisiones propias (locus de control interno) o que son sentidas como causadas o determinadas por otros en el exterior (locus de control externo). La fortaleza de locus de control interno está estrechamente vinculada a la autoestima y el auto concepto y es un factor protector fundamental. Todo lo dicho anteriormente sirve para redactar que el producto final de acontecer (ser) adolescente, conduce a su desarrollo humano como ciudadano y en relación a su salud, la elección de un estilo de vida (balsa, et.al., 2011)

2.2.1.3. Teorías del aprendizaje asociadas a la adquisición del locus de control interno y externo. Rosales (2016)

2.2.1.3.1. Teoría conductual.

Para el conductismo, el conocimiento se percibe a través de la conducta, como manifiesta externa de los procesos mentales internos, aunque estos últimos se manifiestan desconocidos. Su principal impulsor. B. F Skinner (citado por Rosales, 2016, p. 57) busca reflejar el aprendizaje en términos de resultados, es decir, de la conducta observable. Esto se encontraba directamente asociado a la presentación de un estímulo que por su carácter agradable o dañino facilitaba o impedía la ocurrencia

de la acción en el futuro. Dichos estímulos conocidos como refuerzos y castigo se encuentran, hasta la actualidad, vinculados a la vida académica y formativa de las personas, por tanto su injerencia en el aprendizaje está por demás demostrada.

2.2.1.3.2. Teoría social cognitiva.

Esta teoría fue planteada por el psicólogo norteamericano Albert Bandura. Inicialmente llama teoría del aprendizaje social, pasa a denominarse cognitivo social a partir de los años 80. Esta concepción se sustenta en la importancia de la observación y la imitación así como los factores cognitivos que subyacen a estos, los cuales orientan a la persona hacia la adquisición de un comportamiento.

La expresión factores cognitivos se refiere a la capacidad de reflexión y simbolización así como a la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y autoevaluación. Bajo esta perspectiva, el comportamiento depende del ambiente así como de los factores personales (motivación, atención, retención, producción motora). Rosales (2016).

2.2.1.4. Como rasgo de personalidad

Según Rotter y Murly (citado por Salvador, 2011, p.03) denomina al LC como rasgo de personalidad propuesto en la teoría del aprendizaje, posteriormente reformuló por Rotter. Después de los trabajos de Rotter el concepto de locus se ha refinado por Paulhus. En lugar de tratar el LC como un rasgo unidimensional de la personalidad, este autor analiza su presencia en tres áreas principales de la vida: los logros personales, las relaciones interpersonales y el mundo socio – político.

La evaluación, del locus de control, es “una medición de la capacidad de control y autocontrol, hasta qué punto los sujetos logran controlarse ante eventos sociales o de la contrario como son influenciados por estos en su actuar”.

Según las definiciones los tipos de locus de control son interno y externo:

Locus de control interno: Percepción del sujeto que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones, es decir la percepción que el mismo controla su vida. Tal persona valora positivamente el esfuerzo, la habilidad y responsabilidad personal.

Locus de control externo: percepción del sujeto que los eventos ocurren como resultados del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros. Así, el LC externo es la percepción de que los eventos no tienen relación con propio desempeño, es decir los eventos no pueden ser controlados por esfuerzo y responsabilidades principales a otras personas.

2.2.1.5. Modelo teórico del locus de control interno y externo y sus aplicaciones al comportamiento humano. Rosales (2016)

El locus de control es una de los aspectos más importantes en la conducta humana y juega un papel muy importante en la generación y mantenimiento de los problemas psicológicos.

Aquí se expone las principales teorías sobre el control en la conducta humana y como ese control puede influir en problema como la ansiedad, la depresión, el dolor crónico, el juego patológico, etc.

Teoría del aprendizaje social. Rotter (citado por Rosales, 2016, p. 53) sostiene como ideas principales, que la personalidad representa una interacción del individuo

con su medio ambiente y que no se puede hablar de la personalidad de un individuo, de modo independiente de su ambiente; así mismo, la describe como un ente relativamente estable de respuestas potenciales a ciertas situaciones particulares. Rotter, manifiesta que las experiencias de la vida permiten que las personas vayan construyendo creencias del porque ocurren sus reforzamientos y sobre la posibilidad de intervenir favorablemente en las ocurrencias y construir, de modo su propio futuro.

De tal manera que las personas buscan con sus acciones maximizar sus reforzamientos evitando al mismo tiempo castigos y experiencias negativas.

Locus de control en la investigación social. Una gran variedad de estudio se han realizado en entorno al locus de control, observándose que es una variable muy fructífera en investigaciones interculturales e intra-culturales en relación de distintos factores como son: control gubernamental, religión, individualismo, colectivismo, educación, desarrollo económico, desarrollo personal, creencias, pobreza, alcoholismo, fármaco dependientes, auto-cuidado de enfermos, conducta delictiva; así como también en estudios organizacionales relacionados con diversos factores como: desarrollo personal, autoestima, satisfacción y diversos tipos de actitudes.

2.2.1.6. Internalidad y externalidad del locus de control.

El locus de control hace referencia a una expectativa de control sobre los refuerzos, a partir de ello se puede clasificar a las personas en, internos o externos. Las personas que manejan un locus de control interno pensarán que los resultados que obtiene son debidos a sus conductas y características personales.

Estos se consideran capaces de influir y modificar su propio destino. Contrariamente los que usan un locus de control externo pensarán que las cosas suceden por suerte, por el destino, el azar u otras formas externas.

Condori y Carpio (2013), indica que quiere decir que cada persona es cada quien controla sus acciones, y debido a estas es que puede cambiar el curso de su vida. Depende de la persona el éxito o fracaso que puedan tener sus acciones, es decir, la persona tiene el control.

“consideran que sus esfuerzos y acciones no tiene importancia para cambiar su destino. McCombs sugiere que lo que subyace al locus de control interno es el conocimiento del “sí mismo como un agente”.

2.2.1.7 El locus de control en la adolescencia

Según Kopera, Saltz y Dixon (citado por Rosales, 2016, p. 48), nos dicen que el locus de control de la personalidad del adolescente tiene relevantes implicaciones. Interviene en su constancia y dedicación al trabajo, al logro de metas, a la resolución de conflictos y al cambio de conductas con diferente finalidad.

Es importante que el adolescente se eduque hacia la más óptima orientación de locus de control: “internalidad”, pues solamente así se podrá contribuir para que el individuo llegue a la etapa adulta exitosamente y sin tener que enfrentar problemas de corte social como la drogadicción, embarazos, delincuencia y alcoholismo. Condori y Carpio (2013).

2.2.2. Ansiedad

Según Ayuso y Bulbena (citado por Sierra, Ortega y Zubeida, 2003, p. 14) en el diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), El significado ansiedad es proveniente del latín anxietas, determinándose a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, siendo algunas de las sensaciones más frecuentes del ser humano, complicadas y displacenteras que se manifiestan mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

Según Sierra, Ortega y Zubeida (2003) menciona que la ansiedad es parte de la existencia humana, dando una respuesta adaptativa, la ansiedad sigue siendo un tema importante para la psicología; su incorporación es tardía, es tratada desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas.

Gasall (2006) define que el trastorno de la ansiedad son los problemas más comunes de salud mental, con una prevalencia superior a la de los trastornos afectivos y el abuso de sustancias, y comportan un considerable malestar y deterioro funcional.

Ansiedad es una forma de expresión emocional en que la persona se encuentra afectada de una sensación exagerada de inquietud, con una gran preocupación o temor, sin que, en muchas ocasiones, se pueden identificar adecuadamente los factores que has provocado o desencadenado.

La ansiedad no siempre es patológica, y de hecho, casi todas las personas podemos manifestarla con unas características “normales”, como consecuencias de diversas circunstancias de la vida cotidiana. Realmente la ansiedad forma parte de la reacción natural de adaptación al estrés y por ello es fundamental diagnosticar si la ansiedad obedece de la vida cotidiana. Realmente la ansiedad forma parte de la reacción natural

de adaptación al estrés y por ello es fundamental diagnosticar si la ansiedad obedece a un estado emocional normal o patológico.

Según Hamilton (citado por Cardales y Galban, 2012, p. 20) refiere que la ansiedad es un estado de tensión que se refleja en el comportamiento psíquico y somático del individuo, afectando su funcionamiento. También Lazarus (citado por Cardales y Galban, 2012, p.20), la define una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Normalmente, la función de la ansiedad sería movilizar, activar, al individuo frente a situaciones consideradas amenazantes de forma que pueda neutralizarlas, abordarlas o asumirlas satisfactoriamente. En algunos casos, en función de la estrategia defensiva, puede actuar no como promotor de la acción sino como inhibidor, procesos ambos que requieren una elevada activación psicofisiológica, el mismo autor agrega que la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico.

También Kaplan y Sadock (citado por Cardales y Galban, 2012, p.22) coinciden la ansiedad como un estado emocional desagradable en el que existe sensaciones de peligro amenazador caracterizado por malestar, tensión o aprehensión.

a) Ansiedad normal: constituye un mecanismo adaptativo ante situaciones de estrés que facilita el rendimiento adecuado y permite la resolución de los problemas cotidianos.

b) Ansiedad patológica: cuando la respuesta de alerta – alarma se desencadena ante estímulos o situaciones objetivamente irrelevantes o cuando se produce una

persistencia en el tiempo de la respuesta de maneta innecesaria, provocando un malestar significativo y síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual.

La ansiedad patológica puede ser primaria, es decir, representa un trastorno psiquiátrico, o bien presentar síntomas acompañantes a otros trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis), en segundo caso hablamos de ansiedad secundaria.

Así mismo Spielberg (citado por Cardales y Balban, 2012, p. 23), señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo ello cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto. La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, es un temor impreciso carente de objeto exterior.

La ansiedad patológica es una manifestación más frecuente, intensa y persistente que la ansiedad normal, implicando la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno estructural de la función cerebral. La ansiedad es estado emocional y conductual más que cognitivo, con reacciones o sensaciones fisiológicas que el individuo asocia con significados diferentes.

Jablensky, Lewis (citado por Sarudiansky, 2013, p. 20) la ansiedad es, sin lugar dudas, uno de los conceptos centrales en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, ello no implica que se trate de una categoría simple y uniformemente definida, sino que ya desde sus bases etimológicas y de sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares podemos dar cuenta de que es un constructo difuso, antiguo y complejo.

Rivas (2017) define a la ansiedad al igual que otros sentimientos (placer, exaltación, euforia, éxtasis, tristeza, ira, rabia y calma), son fundamentales en la vida de las personas; regulan la interacción con los demás y ofrecen un sistema de alarma, que en el caso del miedo, sirve para afrontar situaciones de peligro y riesgo.

Dos emociones humanas tienen mucha importancia en cuanto a las causas de la ansiedad: la sexualidad y la agresividad. Sin embargo, en la descripción que las personas hacen de su angustia, pueden esgrimir muchas razones que no guardan ninguna relación con deseos agresivos o sexuales.

2.2.2.1. Tipos de trastorno de ansiedad: Rodelgo (2012)

a.) **Trastorno de ansiedad generalizada:** en este tipo de trastorno se dan sobre todo miedos indeterminados (llamados de libre flotación) y sensación de tensión. El miedo puede aparecer ante diferentes circunstancias de la vida y diferentes del día a día.

b.) **Trastorno de pánico:** las características del trastorno de pánico son los ataques de pánico repentinos, que están ligados a un fuerte sentimiento de miedo y la correspondiente respuesta física.

c.) **Fobias:** las fobias se manifiestan a través de un fuerte miedo a determinadas situaciones o cosas, aunque el afectado sepa que su miedo es infundado. Entre otras fobias podemos señalar:

Agorafobia (miedo a los espacios abiertos): los agorafóbicos evitan determinados lugares o situaciones, como los espacios abiertos, las aglomeraciones de gente y los viajes. Las personas agorafobia temen que en caso de pánico no puedan huir o que nadie les preste ayuda si se da una emergencia.

Fobia social: las personas con fobia social tienen un miedo desmesurado a los demás (a los desconocidos o a ser centro de atención).

Fobias específicas (aisladas): forman parte de estas fobias el miedo a determinadas cosas o situaciones como las arañas, los perros, los espacios cerrados.

2.2.2.2. Síntomas de la ansiedad

A.) Emocionales/Cognitivos

- Aprensión – preocupación
- Catastrofismo - pánico (ej. Miedo a enfermedades, fallecimiento, desmayo, perder el control, humillación).
- Despersonalización y desrealización.
- Disminución de la concentración.
- Hipervigilancia.
- Irritabilidad.
- Ideas obsesivas.
- Preocupación por la salud – seguridad – control.

B.) Conductuales

- Evitación a escape.
- Compulsiones (ej. Comprobar, limpiar, desatar, desabrochar, contar o calcular, buscar seguridad)
- Fatiga
- Inquietud motora.
- Trastorno del sueño.
- Alteraciones del rendimiento intelectual.

C.) Somáticos/Fisiológicos

- Dolor/ presión torácica.
- Dificultad para deglutir o sensaciones de atragantamiento.
- Mareos/desmayos.
- Sequedad bucal.
- Sensación de desequilibrio.
- Escalofríos.
- Micción frecuente.
- Piernas flácidas.
- Tensión muscular.
- Náuseas/diarreas.
- Tensión muscular.
- Sudoración/temblores.
- Palpitaciones/taquicardias.

2.2.2.3. Clasificación y síntomas de la ansiedad

Al analizar la clasificación de la ansiedad, se consideran los planteamientos de Hamilton (citado por Cardales y Galban, 2011, p. 37), quien en la medición de la variable la divide en dos tipos ansiedad psíquica y somática.

A). Ansiedad Psíquica: la ansiedad psíquica responde a los inhibidores. Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores, generando preocupación, miedo o temor, inseguridad. El individuo con elevadas niveles de ansiedad, tiene pensamientos negativos, aprensión, respuestas de miedo pero en términos físicos, pensamientos negativos: inferioridad,

incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad. Entre los síntomas incluye:

Estado ansioso: preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.

Tensión: sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensaciones de inquietud, imposibilidad de relajarse.

Temores: a la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.

Insomnio: dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.

Funciones intelectuales (cognitivas): dificultad de concentración, mala o escasa memoria.

B). Ansiedad Somática: la ansiedad somática responde a los betabloqueantes, generando alteraciones e incluso una patología orgánica, que afecta el funcionamiento del organismo. Las afecciones respiratorias y las patológicas cardiovasculares, como también las que afectan al metabolismo, generalmente tienen una evolución crónica, pero los pacientes son muy proclives a padecer en forma concomitante estados de ansiedad. Entre los síntomas incluyen:

Somáticos musculares y sensoriales: los musculares incluyen dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado. Los síntomas somáticos sensoriales abarcan el

zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad.
Sensaciones parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)

Cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias.

Respiratorios: opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).

Síntomas gastrointestinales: dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismo, heces blandas, pérdida de peso, constipación.

Genitourinarios: micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.

Sistema nervioso autónomo: boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, eretismo piloso (piel de gallina)

Opina Beck (citado por Cardales y Galban, 2011, p. 40) que la ansiedad somática es consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano: síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor, síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica, síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas, síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, síntomas

neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva, síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.

2.2.2.4. Formas de presentación y claves para el diagnóstico de la ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son enfermedades claramente definidas, en las que sobre una base de vulnerabilidad individual, de claro origen genético, actúan factores ambientales (presiones afectivas, situaciones estresantes.) ante los que el individuo desarrolle mecanismo de respuesta adaptativos que, lejos de conseguir el equilibrio emocional, suponen reacciones vivenciales inadecuadas que darán lugar a la patología.

2.2.2.5. Enfermedades médicas que pueden cursar con ansiedad

Patología tumoral diversa.

Patología endocrinológica (tiroides, suprarrenal.)

Patología neurológica (Parkinson, epilepsia).

Infecciones diversas.

Patología cardiaca crónica (insuficiencia cardiaca, arrítmica).

Patología pulmonar crónica (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)).

Conectivopatias (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistemático (LES)).

2.2.2.6. Tóxicos y fármacos que pueden provocar síntomas ansiosos

- Toxicas: tabaco, alcohol, anfetaminas, cafeína, cocaína.

- Medicamentos: dioxina, corticoides, teofilina, AINE, hormona tiroidea.

- Síndrome de abstinencia por retirada de: alcohol, benzodiazepinas, hipnóticos.

Hay que sospechar un trastorno de ansiedad en pacientes con diagnóstico poco preciso o dudoso, hiper frecuentadores, con múltiples quejas en diferentes localizaciones: dolor torácico atípico, vértigos (de repetición), síndrome del intestino irritable síndrome de fatiga crónica, etc.

2.2.2.7. Enfoque psicoanalítico

La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad cual lucha el psiconeurotico es fruto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud percibió que la ansiedad es un estado desagradable en el que se emergen fenómenos como la opresión, sensaciones desagradables, ideas molestosas y cambios fisiológicos que se agrupan a la activación automática. Freud identifica que los componentes fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, son los más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que el componente subjetivo es el que implica, en sí mismo, a la inquietud de la ansiedad.

Por otra parte, el carácter adaptativo, actúa como señal ante el peligro real e incrementa la activación del organismo como medida para soportar la amenaza.

Freud (citado por Sierra, Ortega y Zabeidat, 2003, p. 23) identifica tres teorías sobre la ansiedad:

1. La ansiedad real, aparece ante el vínculo del yo y el mundo exterior, manifestando una advertencia para el individuo, es decir, le indica de algún peligro real que posee el ambiente que lo rodea.
2. La ansiedad neurótica, resulta más complicada, entendiéndose como una señal de peligro, buscando su origen en los impulsos reprimidos del individuo, dependiendo

esta base de todas las neurosis; se califica por la carencia de objetivo, estando el recuerdo del castigo o evento traumático, no reconociendo el origen del peligro; igualmente, se vincula el riesgo con el castigo eventual a la manifestación de la potencia reprimida, lo que reconoce el predominio de la ansiedad entre real externo y peligro de origen interno y desconocido.

3. La ansiedad moral se conoce como la vergüenza, refiriéndose aquí que el súper – yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

Para Freud, manifiesta que la psiconeurosis es un trastorno emocional siendo expresado en el plano psíquico, con o sin alteraciones somáticas y con leve formación afectiva de la realidad, que se observan en las relaciones sociales e interpersonales como la revelación de otros conflictos psicológicos. Cualquier tipo de psiconeurosis (neurosis) tienen características comunes: Refiriendo a la ansiedad como un estado mental del sujeto; destacando también otras características: La inmadurez emocional y la necesidad de dependencia, siendo a su vez un producto del psicoinfantilismo del neurótico, ya que todo neurótico suele sentirse la mayoría de las veces como un ser inferior e inseguro respecto a los demás.

2.2.2.8. Enfoque conductual

Cerca de las teorías dinámicas, nace un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso que provoca la conducta del organismo. Desde la perspectiva, Hull (citado por Sierra, Ortega y Zabeidat, 2003, p. 24) describe a la ansiedad como un estímulo motivacional

responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza la ansiedad y el miedo o temor frecuentemente como respuesta. La ansiedad desde la teoría del aprendizaje, es relacionada con estímulos condicionados o incondicionados en forma de respuesta emocional; concibiéndose como un estímulo discriminativo, así mismo se considera que la ansiedad conductual está relacionada con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello es referido al escenario en el que se aprenda la conducta a través de ansiedad y el aprendizaje por observación y el proceso de modelo.

El eje conductual en el que el individuo se mueve abarca, es simple al enfado hacia los demás por algún hecho concreto que le haya molestado, manifestando movimientos inquietos, repetitivos e inconexos o, hasta intentar por desapercibido para el resto de las personas que se encuentran en ese entorno concreto. En general, puede ver un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuales sean las consecuencia derivadas de ella, siendo así el escape de la situación sin llegar a permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se designa iniciar una conducta, a esto se le conoce por reacción de lucha y huida, en comportamientos agresivos, evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloques momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo u otro.

2.2.2.9. Enfoque cognitivo

En la década de los sesenta, las variables cognitivas inician con suma importancia en el ámbito de la psicología, dando espacio al enfoque cognitivista. Las formulaciones de Lazarus, Beck y Meichenbaum (citado por Sierra, Ortega y Zabeidat, 2003, p. 25), centradas la importancia del estrés y los proceso de afrontamiento, enfatizan a la importancia de los procesos cognitivos. La mayor aportación del enfoque cognitivo ha

sido enfrentar al paradigma: Estimulo – respuesta, que se logró usar para explicar la ansiedad. Los procesos cognitivos inician entre la observación de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto. Desde este enfoque, el individuo percibe la situación y evalúa, valorando sus implicaciones; si el resultado de evaluación es amenazante, entonces empezara con reacciones ansiosas parecidas en su grado de intensidad y aun en su ausencia, teniendo la misma reacción ansiosa; esto explica de diversas formas pero en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que confiere a la situación. En algunos momentos, el individuo llega a reconocer que tal situación no es una amenaza objetiva, pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad. Concluyendo que el eje cognitivo del individuo muestra pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad, los pensamientos indultos de ansiedad llegan a girar en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza. En algunos casos el individuo puede darse cuenta de sus actitudes las cuales se ponen en marcha, resultándole difícil el control de su comportamiento, creyendo firmemente que no está bajo su dominio. La persona que llega a presentar ansiedad interpreta la realidad como una amenaza, siendo esto no real; porque la situación que el percibe puede no construir una amenaza real; dicha percepción suele venir acompañado con una percepción subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrófica de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración. Etc.

En la actualidad, la ansiedad es de carácter clínico caracterizando por presentar una serie de factores donde la emoción sea recurrente y persistente, dando una respuesta emocional emitida en relación al lugar, se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emita sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro sostenible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objetivo de eliminar dicha ansiedad. Por otra parte, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado Akiskal, Beck y Clark (citado por Sierra, Ortega y Zabeibet, 2003, p. 26) escriben en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por otro lado, y controlados por otro, el tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad.

2.2.2.10. Enfoque cognitivo – conductual

La aparición de este enfoque es vinculada con los autores como: Bowers, Endler o Endler y Magnusson (citado por Sierra, Ortega y Zabeidat, 2003, p.26) juntando las aportaciones del enfoque cognitivo y del enfoque conductual. La conducta sería determinada a partir de la interacción con características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo muestra o afirma tener ansiedad, participan distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser rechazadas para el estudio de la conducta del sujeto; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamiento, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto

multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencia relativas al rasgo de personalidad. A partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional Endler y Magnusson, Ekehammar Y Okada (citada por Sierra, Ortega y Zabeidat, 2003, p.27) que concuerda con la hipótesis de la congruencia propuesta por Endler, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos de lugar al estado de ansiedad. En el caso de la teoría tridimensional de Lang, se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo, el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinada en gran medida, por las características del individuo.

2.2.3 Sustancias psicoactivas.

Las sustancias psicoactivas, refiere la Organización Mundial de la Salud – OMS (2005), son conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo a los procesos de pensamiento de un individuo. Así mismo los avances en la neurociencia nos han permitido conocer mucho mejor los procesos físicos mediante los que actúan estas sustancias.

Las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones.

2.2.3.1 Conceptos relacionados con las sustancias psicoactivas.

Según Rojas (citado por Beltrán, Hernández y Arévalo, 2015, p. 15)

Depresoras: disminuye el ritmo de las funciones corporales, de la actividad psíquica y del sistema nervioso central. Estas sustancias son también llamadas psicopáticas.

Estimulantes: excitan la actividad psíquica y del sistema nervioso central y adicionalmente incrementan el ritmo de otros órganos y sistemas orgánicos.

Alucinógenas: capaz de alterar y distorsionar la percepción sensorial del individuo, interferir su estado de conciencia y sus facultades cognitivas, pueden generar alucinaciones.

Origen natural: se encuentran en forma natural en el ambiente y que se utilizan por los usuarios sin necesidad de que se produzca algún tipo de manipulación o proceso químico.

Sintéticas: elaboradas exclusivamente en el laboratorio a través de procesos químicos, cuya estructura química no se relaciona con ningún componente natural.

NPS: nuevas sustancias psicoactivas se definen con “sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparada, no son controladas por la convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971”.

Ilícitas: las drogas ilícitas son aquellas que están penadas por la ley, es decir, ilegales. Entre ellas se encuentra la marihuana, la cocaína, la heroína, etc.

Emergentes: incluyen además de las nuevas sustancias, cualquier cambio en la presentación, patrón de uso, pureza o presencia de adulterantes, que pueden implicar

una amenaza para la salud pública y son objeto de análisis del Sistema de Alertas Tempranas.

2.2.3.2 La dependencia producida por las drogas.

Según el CIE 10 (citado por Beltrán, Hernández y Arévalo, 2015, p. 22) la dependencia de las drogas puede ser de dos tipos:

Dependencia física: el organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

Dependencia psíquica: es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

Algunas drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancias para conseguir el mismo efecto.

La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir. La necesidad de droga es más fuerte. La persona pierde todo concepto de moralidad y hace cosas que, de no estar bajo el influjo de la droga, no haría, como mentir, robar, prostituirse e incluso matar. La droga se convierte en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en la relación familiar e interpersonal, en los estudios, etc.

Muchas sustancias pueden ser nocivas para el cuerpo y el cerebro. Beber alcohol, fumar tabaco, tomar drogas ilegales e inhalar pegamento puede causar daños graves en el organismo. Algunas drogas alteran seriamente la capacidad de la persona para tomar decisiones y elegir cosas saludables.

2.2.3.3. Las sustancias psicoactivas se dividen en tres categorías, según su estatus socio legal.

a) Muchas de las sustancias son utilizadas como medicación. Los sistemas médicos occidentales y de otro tipo han reconocido desde hace mucho la utilidad de estas sustancias como medicación para aliviar el dolor, ayudar al sueño o a la lucidez y aliviar desórdenes del estado de ánimo. Actualmente la mayoría de las mediciones psicoactivas están restringidas al uso por prescripción médica, mediante un sistema de recetas.

b) De uso de su estatus ilegales o ilícitas. De conformidad con tres convenciones internacionales, la mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes.

A pesar de tales prohibiciones, el uso ilícito de sustancias psicoactivas está muy difundido en numerosas sociedades, particularmente entre adultos, jóvenes, casi siempre con el propósito de disfrutar o beneficiarse de las propiedades psicoactivas de las sustancias.

c) Uso es el consumo legal o lícito, para cualquier propósito que elija su consumidor. Dichos propósitos pueden ser muy variables, y no necesariamente se relacionan con las propiedades psicoactivas de la sustancia. Por ejemplo una bebida alcohólica puede

ser una fuente de nutrientes para calentar o refrescar el cuerpo, o para aliviar la sed; puede funcionar también para un propósito simbólico en una ronda de brindis o como Sacramento. Sin embargo cual sea su propósito, el uso de la sustancia inevitablemente va acompañado de sus propiedades psicoactivas.

Así mismo la OMS, determina que las sustancias psicoactivas de uso más común son las siguientes: cafeína y estimulantes similares, comúnmente bebidos en forma de café, té y muchos refrescos, nicotina, que actualmente se consume con mayor frecuencia al fumar cigarrillo de tabaco; y bebidas alcohólicas, que vienen en una amplia variedad, incluyendo cerveza, vino y destilados. Debido a que el uso de las sustancias cafeinadas presenta relativamente pocos problemas. Puesto que los inhalantes pueden obtenerse fácilmente se emplean con propósitos psicoactivos por quienes no tiene edad suficiente para lograr un déficit acceso al tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas.

2.2.3.4 Drogas legales e ilegales

Cuando nos hablan de drogas tenemos a pensar en pastillas o jeringuillas. Pero realidad es muy distinta. El alcohol o el tabaco, aunque a nosotros nos parezca más comunes, también se tratan de drogas. La única diferencia entre ambas es que el consumo de estas últimas es legal, mientras que el de las primeras es ilegal. Albertos (2013). Veamos las diferencias entre ambas:

2.2.3.4.1. Drogas legales:

Son aquellas que tienen un reconocimiento legal y uso normativo. Son las que puede prescribir un doctor, cotidianamente conocidas remedios.

Son consumidas por un alto porcentaje de la población. Algunas de las más comunes son:

- El té, el café, o las bebidas que contienen cafeína o teína. Producen un estímulo intelectual y físico de carácter leve pero real. El consumo excesivo de tales productos puede producir irritabilidad o insomnio.
- El tabaco y el alcohol si se abusa de ellos, se comportan también como drogas.
- Los medicamentos contra la angustia (los ansiolíticos) y contra el insomnio (los somníferos) que permiten relajarse o dormir. Pero si se usan de modo inadecuado, se convierten en drogas que producen embriaguez, excitación y agresividad. En caso de sobredosis, pueden tener consecuencias graves (como la muerte)
- Los antidepresivos, las anfetaminas (pastillas que quitan el hambre) y, por supuesto, los estupefacientes como la morfina, o la metadona también pueden resultar peligrosos.

2.2.3.4.2. Drogas ilegales

Son aquellas a las que se accede a través del mercado negro. Las de origen natural suelen cultivarse por campesinos en zonas aisladas y de difícil acceso para tratar de pasar inadvertidos por las autoridades judiciales.

La producción y comercialización de las drogas está en mano de traficantes organizados en grupo criminales o mafias.

También existen vendedores de la droga al por menor o “camellos”, sobre los que se ejercen las más visibles acciones de represión.

Podemos clasificar las drogas ilegales en tres grupos:

- Narcóticos: adormecen los sentidos al actuar sobre el sistema nervioso central (como la marihuana y el opio). Una intoxicación aguda causa vómitos y disminución de la agudeza sensorial.
- Estimulantes: la principal es la cocaína. Da resistencia física, pero acelera el ritmo cardiaco, provoca parálisis muscular y dificultades respiratorias que pueden desembocar en un coma respiratorio.

2.2.3.5. Factores de riesgo familiares para el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Según Fernández y Secades (2012) describen la importancia del ambiente familiar, Particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocido ampliamente por los especialistas. La familia es el ambiente social básica del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

Merikangas, Dierker y Fenton (citado por Fernández y Secadas, 2012, p.62) hablan de dos tipos de factores: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia. Estos factores no específicos incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia.

2.2.3.5.1. Factores Específicos:

- Exposición a las drogas.
- Exposición directa (modelados negativos de uso de drogas de los padres).
- Actitudes de los padres ante las drogas.

2.2.3.5.2. Factores no Específicos:

- Conflicto familiar.
- Estilo educativo
- Exposición a estrés.
- Psicopatológica.
- Negligencia.
- Abuso.

2.2.3.6. Formas de intervención familiar para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Según Fernández y Secades (2012) manifiestan que las actuaciones preventivas que tienen como foco de atención a la familia pueden presentar formatos y métodos muy diversos. Existen clasificaciones al respecto Melero (citado por Fernández y Secades, 2012, p. 201). Haciendo una síntesis, podemos describir dichas actuaciones atendiendo a diferentes criterios:

A. Por su duración:

Intervenciones puntuales (por ejemplo, charlas y conferencias a cargo de especialistas).

Intervenciones de corta duración (por ejemplo, campañas del tipo “semana de la salud”), que cuentan con un programa de actividades reducido, durante un periodo de tiempo concreto.

Programas formativos continuos: (por ejemplo, escuelas de padres). En ellos se suele desarrollar un currículo durante un trimestre escolar, o a lo largo de un curso académico completo.

Es frecuente que las actuaciones preventivas se reduzcan a actividades muy puntuales. Este tipo de intervención tiene la limitación de quedarse en una fase de sensibilización de los destinatarios. Con fortuna llegan a alcanzar ese objetivo, aunque es difícil de saberlo, ya que casi nunca se evalúa el impacto real de este tipo de actuación.

B. Por sus contenidos:

Programa específicos sobre la prevención de drogodependencia, centrados en ofrecer a los padres información sobre las sustancias, sus efectos, factores de riesgo para el consumo, etc.

Programas inespecíficos: dedicados a dotar a los padres de competencias para la educación de los hijos, detectando y resolviendo problemas relacionados con la conducta infantil. En ellos se abarcan temas como la disciplina en la educación, la comunicación familiar, la psicología del adolescente, etc.

La idoneidad de realizar acciones preventivas específicas o inespecíficas ha sido tratada con profundidad de otros lugares (Rodríguez) recomienda desarrollar programas inespecíficos, que incorporen ciertas actuaciones específicas.

C. Por su ámbito de aplicación:

Campanas a gran escala en medios de comunicación: mediante spots en televisión, cañas de radio, anuncios de prensa, etc. Acostumbran a incluir slogans que conecten con los destinatarios

Divulgación de folletos y material gráfico: su filosofía es similar a ala de la modalidad anterior, aunque en este caso los materiales editados se difunden a menor escala. Suelen ser asociaciones de padre, organismos regionales, o entidades locales quienes elaboran estos materiales para adolescentes y padre. Frecuentemente tienen como objetivo informar y sensibilizar a ambos grupos de destinatarios. Pueden resultar muy útiles como material de apoyo en intervenciones de carácter global.

Programas para grupos de tamaño reducido: nos referimos a material editado con contenido que desarrollan un programa de prevención a seguir por un grupo.

D. Por los destinatarios:

Programas dirigidos directamente a las familias: se trataría de intervenciones cuyos destinatarios son los padres o la unidad familiar completa. El lugar donde se desarrolla puede ser el domicilio familiar, el centro educativo, o cualquier otro local de la comunidad.

Programas escolares y/o comunitarios con módulos o sesiones destinadas a los padres. En muchos programas de ámbito escolar se incluyen actividades de refuerzo con los padres.

2.2.3.7. Tipos de intervenciones preventivas del consumo de sustancias psicoactivas.

2.2.3.7.1. Intervenciones dirigidas a las personas:

En 1994 el Instituto de Medicina de EE.UU (citado por García, 2010, p.10) propuso un nuevo marco para clasificar la prevención en intervenciones universales, selectivas e indicadas, lo cual remplazó los conceptos previos de prevención primaria, secundaria y terciaria. El principio orientados de esta clasificación es la población en lo concerniente a sus riesgos para el abuso de sustancias psicoactivas.

Las estrategias de *prevención universal* se dirigen a toda la población (nacional, local, comunitaria, escolar) y su propósito es prevenir o demorar la aparición del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Se les ofrece información y habilidades necesarias para prevenir el problema a todos los individuos.

La *prevención selectiva*, va dirigida a grupos que se conoce que son consumidoras de drogas o que tienen un elevado riesgo de desarrollar problemas de abuso o dependencia de sustancias. Estos subgrupos pueden distinguirse por características tales, como edad, género, historia familiar o status económicos.

La *prevención indicada* implica un proceso de tamizaje y tiene el propósito de identificar a los individuos que exhiben signos tempranos de abuso de sustancias y otros comportamientos problema. Los factores que se identifican incluyen, repetición de cursos, problemas conocidos de consumo, o trastornos de conducta, alineación de los progenitores, de los grupos de escuela, de grupos positivos, etc.

2.2.3.7.2. Intervenciones dirigidas al ambiente:

Las estrategias ambientales son estrategias de prevención dirigidas a alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en donde las personas toman sus decisiones sobre el consumo de sustancias. Fisher (citado por García, 2010, p.11).

Esta perspectiva tiene en consideración el hecho de que las personas no se implican con las sustancias solamente en base a sus características individuales. Más bien, son influidas por un conjunto complejo de factores en el ambiente, tales como, lo que se considera normal, esperado o aceptado en las comunidades en donde viven, las reglas y regulaciones, los impuestos de sus Estados, los mensajes publicitarios a los cuales están expuestos y la disponibilidad de alcohol, tabaco y droga ilegales. Debido a que el abuso de sustancias es considerado como un producto del sistema general, el objetivo de las estrategias de prevención ambientales es de comunidad en su totalidad como diana.

Más allá de aspectos de coacción y restricción, existen elementos de promoción en las estrategias ambientales: en el sentido de ofrecer oportunidades, estímulos y ánimo para los cambios, tanto a nivel escolar, como comunitario.

2.2.3.7.3. Intervención educativa: contenidos de las sesiones educativas con padres.

Exponemos a continuación los principales contenidos teóricos que constituyen la parte educativa de la mayoría de programas de prevención con padres.

- a. . Psicología del adolescentes

La presencia de este tema en el currículum de los programas responde a la necesidad de que los padres conozcan mejor el desarrollo y el comportamiento de sus hijos e hijas. Se parte de la posibilidad de que una mejor comprensión de las conductas del adolescente facilitará que la actuación de los padres sea la más adecuada en cada momento, mejorando al mismo tiempo las relaciones familiares.

2.2.3.8 Categorías de consumo de sustancias psicoactivas

Según Erick Barbosa (2010), define tres categorías:

Experimental: se genera por curiosidad, tiene lugar generalmente con amigos íntimos en un tiempo limitado. Básicamente se tiene expectativas sobre los efectos. Según la experiencia se convierte en un refuerzo positivo o negativo para continuar su consumo.

Socio – recreativo: su consumo es más regular, voluntariamente, entre amigos y conocido. En la mayoría de ocasiones facilitar comportamientos sociales, hay búsqueda activa de la sustancia o acepta con mayor facilidad los ofrecimientos, re – experimentación efectos agradables que la sustancia puede proporcionar. Hay un control sobre la frecuencia, la dosis y las circunstancias de consumo, sin consecuencia posteriores importantes.

Abuso: consumo en grandes cantidades, aunque no necesariamente todos los días, problemas relacionados con el consumo: Familiar, ocupacional, físico, psíquico, descuido o incumplimiento de obligaciones, exposición a situaciones de riesgo, negación o subvaloración de problemas, fantasía de control.

Dependencia: tolerancia, síndrome de abstinencia, dificultad para detenerse al haber iniciado, intentos de suspensión fallidos, tiempo en búsqueda, consumo y

recuperación, reducción de otras actividades, se mantiene el consumo a pesar de las consecuencias.

2.2.3.9. Causas inductoras del uso de sustancias psicoactivas en los niños niñas y adolescentes

- Desequilibrio, conflictos y rupturas familiares.
- Fracazos escolares y de aprendizaje.
- Experimentar lo desconocido, mueve sus curiosidades sobre los efectos de la drogas.
- Tener vivencia emocionantes o peligrosas.
- Búsqueda de placer y distracción, como antítesis del aburrimiento.
- La búsqueda del placer por el placer de forma inmediata.
- Adquirir un estado superior de conocimiento o de capacidad creadora (música, deportes, bailes) como escape para evadirse de los problemas reales.
- Escapar de condiciones de pobreza, ya sea carencia de vivienda, calor familiar, entre otras.
- Falta de trabajo.
- Contacto frecuente con personas consumidoras.
- Símbolo de protesta de inconformismo contra la familia y/o la sociedad.
- Forma de expresar independencia y en ocasiones el poder y las hostilidad.
- Nuevas pautas de ocio y de comportamiento.
- Contacto frecuente con drogas legales (medicinas, tranquilizantes, alcohol).

2.2.3.10. Causas y efectos que influyen en la drogadicción de los jóvenes.

Según Castillo (2011) refiere que la primera idea fundamental a tener en cuenta cuando se trata de las posibles causas de la drogadicción en su naturaleza. Esto quiere decir que los diferentes factores que pueden influir en el inicio del consumo de droga (personal, social, familiar, o también el efecto de la propia droga), se van a entrelazar para favorecer los primeros consumos y el comienzo de la adicción.

Una de las causas de la drogadicción son las consecuencias a largo plazo de las disputas familiares, estas influyen en gran manera en la conducta social desadaptada de los hijos, lo que suponen a un mayor riesgo de consumir estas sustancias. Al consumir la droga causa volátiles que no solo afectan al consumidor sino también a la familia. Castillo desde el punto de vista los problemas familiares son derivados por el consumo de sustancias psicoactivas, siendo una calamidad entre veces por parte del mismo joven que maltratan a sus hermanos y hay en algunas ocasiones que les maltrato su padre. Es triste saber que su hijo maltrate a sus propios padres y hermanos, hay casos tan espantosos que ha habido muertes entre la familia, que los consumidores provocan.

2.2.3.11. Causas de la drogadicción

Según Castillo (2011), define a las personas tímidas, con más dificultades para el contacto social que pueden acudir al alcohol o a otras drogas para poder lograr disminuir o rompe la sensación de bloqueo intelectual y social, también actualmente no solo les ofrece tabaco y alcohol sino es frecuente en algunos círculos que se ofrezcan también a los invitado cocaína, marihuana y etc.

Las causas en algunos casos de drogadicción serian:

- Inexistencia de comunicación y los lazos afectivos sólidos en la familia.
- Ausencias de normas sociales, laborales, de relación interpersonal, lúdicas, familiares, etc.
- Familias con conflicto permanente.
- Una brusca desvinculación familiar o niveles elevados de inestabilidad familiar.
- Exceso de control afectivo permanente.

2.2.3.12. Efectos de la drogadicción:

En los efectos de la personalidad en las personas consumen droga se encuentran el abandono de los intereses culturales y profesionales y, particularmente, todos los objetivos más o menos idealistas orientados a fines sociales. En este momento, estas personas ya no se sienten integradas en la sociedad, sino marginadas por efecto de dependencia que están estableciendo y que hace su principal objetivo cotidiano sea la obtención de la droga.

También se degrada la opinión respecto de su mismo, ya que se borran por completo las pautas de todo tipo de código moral, caso de que este existiese con anterioridad a la drogadicción.

Se pierde el sentido de la responsabilidad. Solo interesa el dinero para obtener droga. El trabajo se abandona y se recurre a la delincuencia. Se es incapaz de asumir las responsabilidades más elementales respecto a los hijos y, sobre todo, respecto del esposo y esposa.

La infidelidad conyugal y la promiscuidad sexual son muy frecuente, pero pasan a un segundo plano y desaparecen, cuando el proceso está muy avanzado. En ese momento ya solamente interesan las drogas y aquellas personas o medios capaces de proporcionarlas.

El abuso de drogas también produce cambios significativos dentro del entorno familiar. Al principio lo que se puede observar son las consecuencias directas de los episodios de embriaguez por alcohol o drogas, que se van haciendo cada vez más frecuente.

Cuando el abuso de drogas es más habitual, es frecuente que manifiesten comportamientos irritables y den ocasión a disputas familiares, bien con los padres o con los hermanos, como consecuencia directa de los efectos de la droga y o embriaguez alcohólica. Estas situaciones suelen ocasionar una progresiva pérdida de respeto a los padres, que generalmente terminan sintiéndose impotentes, sin saber qué hacer, ante el comportamiento de estos hijos.

2.2.3.13. Factores protectores en el consumo de sustancias psicoactivas:

Los factores protectores son atributos o características individuales, y contextuales que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso de drogas:

a. Factores protectores individuales

- Interés por el aprendizaje.
- Cuidado de su cuerpo.
- Comportamientos pro sociales.
- Sexualidad responsable.

- Actitud positiva frente a la vida.
- Resuelve dificultades y toma de decisiones.
- Actitud desfavorable hacia drogas.

b. Factores protectores familiares:

- Presencia de padres, madres y/o adultos compartiendo con los niños y adolescentes.
- La disciplina familiar que aumente la participación en las decisiones familiares.
- Un asertivo manejo del conflicto familiar.
- Claridad y consistencia de normas y reglas familiares.
- Actitud de escuchar hacia los hijos.
- Habilidad para fijar límites y distribución de responsabilidades domésticas.
- Interés por la educación y el mundo emocional de los hijos.
- Vínculo afectivo fuerte con los hijos.
- Conocimiento del interés, gustos y habilidades de los hijos.
- Compartir e invitar a los hijos a eventos recreativos.
- Estimulo hacia los aspectos culturales.

c. Factores protectores contextuales:

- Ambientes favorables.
- Existencia de programas y servicios dirigidos a los niños – adolescentes.

- Vinculación en grupo de deportes, teatro, baile, juegos al aire libre.
- Existencia de redes institucionales.
- Cine foros educativos.
- Regulaciones legales sobre la venta y el consumo de sustancias.
- Participación de los ciudadanos especialmente del joven en el sector público.
- Participación en las redes sociales, donde la población genere estrategias de auto cuidado.
- Los jóvenes velan por sus propias responsabilidades.

d. Factores protectores interpersonales.

- Conocer y atender los diferentes puntos de vista de los otros.
- Actitud de cooperación.
- Emitir respuestas sociales apropiadas en diversas situaciones.
- Actitud de escuchar activa.
- Empatía.
- Identificación y manejo de sus propias emociones (alegría, felicidad, rabia, ira)
- Identificación de las emociones de los demás.
- Expresar y sustentar una posición de manera que los demás puedan comprenderla.

2.2.3.14. Factores y antecedentes del consumo de sustancias psicoactivas.

Con evidencia real se ha demostrado que las conductas de personas consumidoras de sustancias psicoactivas no necesitan de un solo factor aislado, sino que están

originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional. Becoña (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 25) resalta algunos factores de consumo de sustancias psicoactivas:

1. Hay factores que ayuda en el principio y mantenimiento en el consumo de distintas sustancias.
2. Hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa quienes consumen las primeras sustancias y los no consumidores.
3. Se demuestra una consecución de variables socio – cultural, biológica y psicológica modificando los factores conductuales desde el principio a la progresión para el no consumo de sustancias psicoactivas.

Así mismo Villa, Fernández y Villacampa (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 26) denominan lo importante que es fijar los factores de riesgo en el consumo, conceptualizándolos como circunstancias o características personales y ambientales ambas podrían resultar predisponentes para el principio del uso de drogas. Por otro lado, los factores de protección se conceptualizan como aquellas variables que ayudan a limitar el uso de sustancias psicoactivas. Estos factores se refieren a dos clases: Los relacionados con el individuo (intrapersonales e interpersonales) y los relacionados con el contexto (ambientales).

Hay factores y antecedentes del consumo de sustancias psicoactivas que incrementan a la vulnerabilidad de la persona para presentar el comportamiento de consumo. La vulnerabilidad de una persona o de un grupo social es entendida como “la condición mediante la cual una serie de factores de diferente índole interactúan de

tal manera que producen un determinado grado de fragilidad o de resistencia frente a una situación de amenaza”.

Según Pérez (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 26), también aporta sobre los factores y antecedentes del consumo de sustancias psicoactivas, hablando generalmente de los factores de riesgo en el consumo, donde aquellas situaciones o condiciones (personales o ambientales) son las que permiten el aumento a la probabilidad del uso o abuso de sustancias psicoactivas. Donde manifestó que los factores suelen ser:

- Curiosidad por el efecto.
- Necesidades de dominio y consentimiento.
- Independencia y hostilidad.
- Placer, emoción, peligro.
- Estado “superior” de conocimiento y creatividad.
- Búsqueda de bienestar y tranquilidad.
- Salida a la angustia.

2.2.3.15. Características de una conducta adictiva

Según Becoña y Cortes (2010) A pesar de que hay métodos específicos para otros trastornos, como la dependencia a sustancias psicoactivas o al juego patológico, siendo menciona la adicción empezamos siempre de las normas de dependencia a sustancias psicoactivas, siendo con o sin sustancia, dándose los fenómenos de tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.

Para el DSM-IV-TV (American Psychiatric Association; 2000) la dependencia a una sustancia psicoactiva, es determinada por un patrón de conducta de riesgo por el uso de las sustancias que conlleva un daño o malestar clínicamente significativo, expresado síntomas, y duran un periodo continuo de un año, nótese que el juego patológico está incluido en el DSM-IV-TR en el apartado de trastorno de control de los impulsos no clasificados en otros apartados de trastorno de control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

En función a estos criterios podemos ver si las distintas conductas adictivas los cumplen, tanto las que están por una sustancia química como las que no están producidas por ella:

La compulsión o pérdida de control está siempre presente en todas las conductas adictivas, siendo el primer aspecto observando hasta aquí probablemente es la característica principal de este problema.

El segundo aspecto son los síntomas de abstinencia, ejecutando la conducta adictiva voluntariamente. Por síndrome de abstinencia Becoña (2008) se refirió a las sustancias psicoactivas, siendo un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastorno físico y psicológico de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se paraliza la administración de la droga o se predomina su acción a través de la abstinencia con el apelativo de síndrome de abstinencia precipitado. Lo mismo es aplicable a todas las conducta adictivas sin base química, como así se encontrado en distintos estudios sobre ellas. Echevarría (citado por Becoña y Corte, 2010, p.18)

El tercer aspecto es el de tolerancia. Consiste en el proceso de consumo de sustancias psicoactivas teniendo la necesidad de aumentar la ingestión de la droga para lograr el mismo efecto que tenía al principio. En las conductas adictivas se aprecia que la persona lleva a cabo esa conducta, precisando aumentar la cantidad, el tiempo y el esfuerzo dedicado a la misma para poder conseguir el mismo efecto.

Junto a la tolerancia farmacológica es principalmente importante la tolerancia conductual y la tolerancia cruzada. La tolerancia conductual (o condicionada) es el efecto que tiene la sustentación en el individuo como consecuencia del aprendizaje o de los estímulos ambientales que están concurrentes en el momento de la autoadministración de la droga. En ello influyen además las expectativas o el estado de ánimo, que pueden cambiar la intensidad de los efectos. La tolerancia cruzada es concernir la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia psicoactiva como consecuencia del consumo continuo de otra sustancia (Alcohol y somníferos).

Acoplado al concepto de tolerancia suele mencionarse la neuroadaptación, entendiendo el proceso de la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales estimulando una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo cuando no había sustancia. Actuará como un mecanismo homeostático, de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia se produce el síndrome de abstinencia (Pereiro, 2005).

El cuarto aspecto es la intoxicación, es producida en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, este último se encuentra en las sustancias químicas como en las conductas que produce adicción. En este aspecto la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra. Jacobs (citado por Becoña y Cortes, 2010, p. 19).

El quinto aspecto que consideramos significativo, se refiere a que el individuo con una adicción padece graves problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas.

Junto a lo anterior no debemos dejar de apuntar otros dos hechos. El primero que habitualmente no va sola una conducta adictiva, sino que suelen estar presentes varias al mismo tiempo en un mismo individuo. El fenómeno de la poli toxicomanía, tan frecuente en drogodependencias (también conocido como poli dependencia o poli adicción), indica que no se da una sola conducta adictiva sino varias al mismo tiempo.

También, fruto de lo anterior, o en interacción con las conductas adictivas, suele encontrarse frecuentemente, al menos en las personas dependientes, la presencia de patología orgánica, psicología y psiquiatría. Conocerlo es importante tanto para saber la causa del problema, como su evolución y su posible tratamiento o recuperación.

2.2.3.16. Las adicciones con sustancias, o consumo de drogas psicoactivas

El consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (ej. Cannabis, cocaína drogas de síntesis, etc.) Se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas. Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios con encuestas y la propia realidad clínica de las personas que asisten en busca de ayuda cuando el problema les ha desbordado o les está produciendo graves consecuencia en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en la vida familiar, en su economía, etc. Kendler (citado por Becoña y Cortes, 2010, p.19).

Para ejemplificar lo anterior veamos lo que ha ocurrido en los últimos años con el consumo de alcohol. En España, y en los países de entorno, el consumo clásico de las personas ha sido el vino y, para las ocasiones especiales, bebidas autóctonas (ej. Aguardiente, brandy, anís, etc.) . En las últimas décadas se han introducido otros productos alcohólicos, o se han generalizado otros que eran minoritarios. Nos referimos a la cerveza y a los licores, especialmente las bebidas de alta graduación y en formas de destilados importados, como el whisky, el vodka, etc. Al mismo tiempo, en los últimos años, ha surgido un nuevo fenómeno que para nosotros era desconocido: el cambio en los patrones de consumo. Mientras que el llamado consumo mediterráneo de alcohol se centraba fundamentalmente en el vino, en dosis bajas pero diarias, los nuevos patrones de consumo que han surgido en estos últimos años en jóvenes son radicalmente distintos, y casi idénticos al patrón de consumo anglosajón: Consumo de bebidas de alta graduación (y foráneas a nuestra cultura de consumo tradicional de alcohol), solo en fin de semana, en cantidades altas y abusivas, en muchos casos con el único objetivo de conseguir en poco tiempo la embriaguez Becoña y Calafat, a ello se añade en los últimos años el fenómeno del “botellón”, que se ha ido extendiendo a lo largo de la década de los 90 del siglo XX por ciudades y pueblos sin parar hasta llegar a la situación actual, donde se ha generalizado por toda la geografía nacional Calafat (citado por Becoña y Cortes, 2010, p. 20). El botellón se caracteriza por el consumo de bebidas en la calle, plazas, zonas porticadas, etc.; por parte de jóvenes, muchas por el consumo de edad, conseguidas a bajo coste en supermercados o en su propia casa y que, mezcladas con bebidas sin alcohol, permite conseguir muchas dosis a partir de un litro de una bebida alcohólica de alta graduación. Este nuevo patrón de consumo acarrea nuevos problemas y exige abordajes

innovadores para afrontar los mismos, así como tomar medidas para preservar la salud de las personas que se pueden ver afectadas por este nuevo tipo de consumo. Pero esto no ocurre únicamente con el alcohol. Pasa lo mismo con el tabaco Becoña, el cannabis, las drogas, etc.

2.2.3.17. Teorías asociadas al aprendizaje de la conducta de los consumidores.

Según Bazzani, Romero y Vargas (2014) manifiesta que el modelo comportamental tiene numerosas referencias que buscan explicar el consumo de sustancias psicoactivas. Considero algunos patrones de hábitos, como el fumar, comer en exceso o abuso de sustancias, tomado como una subclase de una serie más amplia a la Marlatt (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 18), se refirió como conductas adictivas.

De acuerdo con este autor, las conductas adictivas del individuo buscan generar un estado de gratificación inmediata (placeres, sentirse “elevado”, reducción de tensión o alivio del malestar asociado con el acto en sí mismo), lo cual es seguido de consecuencias negativas como malestar físico o enfermedad, desaprobación social, pérdida financiera y disminución de la autoestima. Los teóricos comportamentales definieron la adicción como un poderoso hábito de la conducta negativas, estando el ciclo vicioso adquirido por comportamientos autodestructivos supeditados bajo los efectos del condicionamiento clásico y el reforzamiento operante Marlatt (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 18)

Marlatt (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 18) además plantea en su definición de conductas adictivas, que en términos de la frecuencia de ocurrencia, el comportamiento adictivo se extiende a lo largo de un continuo uso de las sustancias

psicoactivas, en términos discretos o categorías fijas, como el uso excesivo a total abstinencia. En contraste, todos los puntos a lo largo de este continuo de frecuencia en la ocurrencia, de muy infrecuente a “normal” al uso excesivo, se asume son gobernados por procesos similares de aprendizaje.

El condicionamiento clásico sustenta que al repetirse la conducta de consumo ante ciertos estímulos ambientales se establece un aprendizaje estímulo – respuesta; constituyéndose en estímulos condicionados o precipitadores la conducta de consumo.

El condicionamiento operante explica la conducta de autoadministración de sustancias psicoactivas debido al efecto reforzante de dicha sustancia. En tanto que la teoría del aprendizaje social incluye al condicionamiento clásico, al operante y al condicionamiento vicario para analizar, explicar y predecir la conducta de consumo postulado al modelamiento social como factor crítico y determinante en el consumo, el cual varía en función de la historia previa del consumo y de los factores situacionales con los compañeros de consumo.

Barragán, Gonzales, Medina y Ayala (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 20). Menciona que la teoría del aprendizaje social propone como factores asociados a las recaídas en consumidores crónicos, al grado de control y capacidad que se percibe tener frente a otros (autoeficacia); asociando a las situaciones y sucesos cotidianos con el consumo (precipitadores), siendo el consumidor accesible a las sustancias psicoactivas y la restricción situacional específica; en la capacidad de rehusarse al consumo ante la presión social, en las actitudes de solución de problemas, lo social y recreativo; y en la de modificación de expectativas frente a los efectos de la sustancia de consumo.

En un estudio de enfoque psicológico – jurídico, relevancia del análisis cognitivo – conductual en la valoración de la imputabilidad en drogodependencias: estudio de los autores Fernández, Fibla, Graña (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 20), se utiliza el análisis cognitivo conductual para ilustrar la relación de variables de personalidad, predisponentes, contextuales, etc., que lleva al consumo inicial, al mantenimiento de autoadministraciones sucesivas, el deterioro social laboral y personal causado por la dependencia y como estos factores se relacionan con hecho delictivo.

Por otro lado, Fernández, Fibla y Graña (citado por Bazzani, Romero y Vargas, 2014, p. 20), manifiestan conceptos sobre el comportamiento adictivo desde los enfoques del condicionamiento operante y la teoría del aprendizaje social. Sobre el primero, se enfatiza en conceptualizar los eventos estimulares (discriminativos) los cuales preceden y establecen la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento positivo y negativo. Los distintos experimentos sugieren además que la adquisición de la conducta de auto administración funciona como la de otras conductas operantes.

La teoría del aprendizaje social, señala algunas conductas adictivas:

- a. La conducta adictiva esta enlazada por cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.
- b. Estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo.

c. Las determinantes conductas principales de los consumidores: Son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas.

d. Los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido que cada episodio de consumo puede contribuir posteriormente a la formación del hábito por el incremento del estrés y por las opciones de conductas alternativas.

e. La recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

2.2.4. Familia y riesgo de consumo indebido de sustancias psicoactivas

2.2.4.1 Familia.

Según Alva (2016), la familia es definida como miembro del hogar, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Además, la familia es uno de los microambientes donde permanece los adolescentes y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar. La familia es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria.

Universidad de Deusto (2013) entiende por familia extensa, aquella que reúne a todos los parientes y personas con vínculos reconocidos como tales. El concepto se

empleaba como sinónimos de familia consanguínea. Los vínculos civiles, matrimonio y adopción, al conferir la condición de parentesco, extienden el concepto más allá de la consanguinidad. Recoge diferentes núcleos u hogares, con características diferentes: Desde organizaciones en las que conviven miembros de tres generaciones y colaterales, hasta hogares monoparentales.

Una segunda acepción, surge al tener cuenta otros modelos de familias africanas y asiáticas que tiene mayor laxitud por incluir modelos multinucleares, como los polígamos: Poligínicos y poliándricos o incluso extender el concepto a todos los miembros de un de un clan o tribu. El modelo poligínico crece en los países occidentales por la inmigración. Su problemática aparece por reivindicaciones: Disfrute de seguridad social, pensiones etc. Las familias poligámicas y tribales, no están reconocidas en las legislaciones occidentales.

2.2.4.2 Orígenes de la familia

Universidad de Deusto (2013) La familia conyugal ha sido siempre conocida. Surge fundada en lo biológico para arropar a la madre e hijo. Surge en todas las culturas de una pareja heterosexual de adultos y con fines de procreación. La pervivencia de la especie ha requerido primero la protección de la maternidad y después la paternidad, lo que llevó a la convivencia de la pareja. Este modelo, desde su perspectiva más nuclear y extendida alrededor de dicho núcleo, es el que se mantiene en la práctica totalidad de los países.

2.2.4.3 Modelos de familia

Universidad de Deusto (2013), refiere que los métodos de control de natalidad, junto a los cambios de mentalidad, permiten hoy configurar una familia más a la carta.

Los nuevos modelos dejan ver las distintas circunstancias que pueden rodear a los adultos y niños. Las diferencias, así como las ventajas o dificultades, pueden aprender:

De su estructura, en cuanto que la familia se configura hoy sobre modelos; que conllevan la eliminación o modificación de los subsistemas tradicionales: conyugales, parental, filial y fraternal.

De su funcionamiento por la reconstrucción del papel del hombre y de la mujer en el hogar, y de las relaciones entre personas y subsistemas.

Y de la educación, por los valores que se viven y transmiten, así como por los estilos educativos, que guardan cierta relación con el tipo de familia.

2.2.4.4. Tipos de familia

Leonardo R (citado por Manual de Educación Moral y Cívica. Pág. 17-18)

Familia Nuclear: Es el grupo formado por la madre, el padre y los hijos no adultos, que constituye una unidad diferenciada del resto de la comunidad. Entre los miembros de la familia nuclear, también denominada elemental, simple o básica, deben darse unas relaciones regulares. Unidad principal de las sociedades más avanzadas, puede formar parte de estructuras familiares más complejas como la familia extensa, aunque a medida que ha evolucionado la división del trabajo, ésta ha ido transformándose en nuclear.

Familia Extensa o Ampliada: En todo el mundo, sobre todo en las zonas rurales, las familias son un poco más grandes y forman un “clan”. Al casarse, los hijos se quedan en casa, de modo que al cabo de los años la familia está formada por abuelos, padres, madres, primos, sobrinos, nietos y hasta bisnietos. Llega un momento en que algunos miembros tienen que irse y formar una “gran familia” en otro lugar. Los

matrimonios suelen estar determinados en cierto modo por la familia, y se entiende a veces como “alianzas”.

Familia Monoparental: Unidad familiar en la que sólo hay un progenitor, el padre o la madre. Desde el punto de vista antropológico los sistemas de parentesco de las sociedades preindustriales son complejos: pueden ser matrilineales (basados en la madre o en la línea femenina de herencia) o patrilineales, dando lugar a un parentesco múltiple con agrupaciones familiares extensas. Se denomina familia monoparental a un núcleo familiar de padres con hijos dependientes en donde uno de los progenitores no vive con ellos. Las dos formas más tradicionales de este tipo de familia son aquellas en las que los hijos son ilegítimos o huérfanos.

Familia Poligámica: La poligamia se considera una forma de familia nuclear. En algunos lugares del mundo, sobre todo en regiones de África, un hombre puede tener varias esposas, a lo que se llama “poliginia”. También es una forma de poligamia pero al revés, la Poliandria, en ella es la mujer la que tiene varios maridos. Es mucho menos frecuente. En algunas poblaciones del Tibet (Asia) por ejemplo, una mujer puede casarse con dos hombres, normalmente hermanos.

2.2.4.5. Familias disfuncionales

Diversos investigadores han considerado a las familias disfuncionales o desorganizadas como fuerte factor de riesgo, generados de individuos con problemas comportamentales. Al respecto Estévez, Musitu Y herrero (citado por Beltrán, Hernández y Arévalo, 2015, p. 28) sostienen que las familias desorganizadas lo son porque rompen con la función socializadora de los hijos.

Esta condición las predispone a la incorporación de estilos de vida y comportamientos desadaptativos, ya que de hecho dificultan la tarea de los padre en

la educación de los hijos, entorpecen la sabotean la labor de la escuela como transmisor de conocimiento y, además, permiten, con su ausencia de control, que los hijos se asocien con amigos que suelen tener valores antisociales. Las familias multiproblemáticas son aquellas que acumulan, en un momento dado, múltiples eventos estresantes fortuitos así como las tensiones asociadas a su estilo de interacción, pues se ven afectadas simultáneamente por los problemas que inciden sobre la familia como un todo (problemas económicos, disputas por la custodia de los hijos, etc.), lo cual repercute por lo menos un algún integrante de sistema familiar en términos de vagancia, fuga del hogar, conducta delictiva, abuso de drogas, entre otras conductas de alto riesgo.

2.2.4.6. Factores familiares y consumo

Según Beltrán, Hernández y Arévalo (2015) manifiesta que sería ideal que la familia participe activamente en un proceso de terapia familiar para entender y ayudar al adolescente. Investigadores como Rotter (citado por Beltrán, Hernández y Arévalo, 2015, p. 18) habían advertido que cuando un adolescente tiene dificultades psicológicas durante su desarrollo, estas están asociadas a diversos indicios de disfunción o patología familiar como el divorcio de los padres, discusiones parentales crónicas, enfermedad mental parental e inestabilidad de los padre, que contribuyen a generar “ la crisis del adolescente”, que varía en el nivel de intensidad, constituyendo los más graves llegar al consumo de droga.

III. HIPÓTESIS

Hi: Si existe relación significativa entre el locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Ho: No existe relación significativa entre el locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y nivel de la investigación

La presente investigación fue de tipo descriptivo correlacional y de nivel cuantitativa. Según Fidias G. Arias (2012) la investigación descriptiva se denomina en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento.

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006) refiere que los estudios correlacionales pretenden establecer si existe o no vinculación entre dos o más variables o fenómenos de estudio.

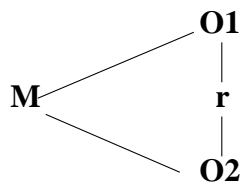
Así mismo Hernández y Cols (2010) el nivel cuantitativo permite examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramienta del campo estadístico.

4.2 Diseño de la investigación

Se utilizó un diseño no experimental, transversal. Fernández, Hernández y Baptista (2010) refieren que es no experimental porque la investigación se realizó sin manipular deliberadamente la variable y transversal porque se recolectaran los datos

en un solo momento y en un tiempo único.

4.2.1 Esquema del diseño no experimental de la investigación



M= Muestra

V1= Locus de control

V2= Ansiedad

r= Relación de 2 variables

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

La población estuvo constituida por 42 residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Tabla1

Edades	Estado civil	
	solteros	casados
16-20años	24	14
20-30años	15	
20-50años	03	
Total	42	42

Distribución de la población de los residentes consumidores de sustancia psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Fuente: ficha de inscripción de la Asociación Nuevo Horizonte

Muestra

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, debido a que los sujetos están disponibles y en base a un conocimiento previo de la población se toma como muestra al total de la población: 42 residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Criterio de inclusión

Residentes internados de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro.

Residentes que aceptaron participar en la investigación.

Residentes que contestaron la totalidad de los ítems.

Criterios de exclusión

Residentes con atención ambulatoria de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro.

Residentes que no aceptaron participar en la investigación.

Residentes que no contestaron la totalidad de los ítems.

4.4 Definición y operacionalización de variables

4.4.1 Locus de control

Definición conceptual (DC)

Rotter (citado por Ruiz, 2014, p.14) define que el locus de control afectado a nuestro punto de vista y a la manera que tenemos de actuar con nuestro entorno. Este concepto fue introducido en la psicología de Rotter, como un rasgo de la personalidad relativamente estable, dentro de su teoría del aprendizaje social.

Definición operacional (DO)

La variable de locus de control fue evaluada a través de la escala de locus de control de Levenson la misma que está constituida de 24 ítems.

4.4.2 Ansiedad

Definición conceptual (DC)

Virues (2005) la ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazante o peligrosas, aunque en situaciones que percibe o interpreta como amenazante o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como en familia, social o bien el laboral.

Definición operacional (DO)

La variable de ansiedad fue evaluada a través de la escala de Autoevaluación de ansiedad que consta de 20 ítems.

4.4.3 Cuadro de operacionalización de Variables

Variable	Valores o categorías	Tipo de Variable	Escala de Medición
Locus de Control	Muy alto: 120-144. Alto: 96-119 Promedio: 72-95 Bajo: 48-71 Muy bajo:	Categorica	Ordinal

	24-47		
Ansiedad	Mínima o moderada 45-56. Marcada o severa 60-74 Grado máximo 75 a más.	Categórica	Ordinal

4.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

4.5.1 Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta, al respecto Grasso (2006) refiere que la encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones que llegan a la subjetividad y al mismo tiempo obtener información de un número considerable de personas.

4.5.2. Instrumentos

Para el recojo de información se utilizaron los siguientes instrumentos: escala de locus de control de Levenson (1973) y escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung. Las mismas que se describirán a continuación:

4.5.2.1 Escala de Locus de Control de Levenson

a.) Ficha Técnica:

Autor: Levenson

Año: 1973

Traducida al español por Romero y Pérez en 1985.

Esta escala permite evaluar el grado de internalidad o externalidad del paciente en tres factores: Locus de Control Interno, locus de control externo (otros poderosos) y locus de control externo (azar).

La escala consta de 24 ítems de tipo Likert de seis puntos (1-6) donde; 1 = completamente en desacuerdo, “2” = bastante en desacuerdo, “3” = ligeramente en desacuerdo, “4” = ligeramente de acuerdo, “5” = bastante de acuerdo y “6” = completamente de acuerdo. Cada ítem es una afirmación que apoya a los distintos factores antes mencionados, en los que el paciente señala su grado de acuerdo.

b.) Validez

La prueba fue evaluada por medio de análisis de correlación entre las distintas sub – escalas y se obtuvo el resultado esperado que era que la escala de externalidad esperada que era que la escala de internalidad no correlacionara con las escalas de externalidad en distintas muestras, de diferentes regiones del país, de estudiantes y profesores.

c.) Confiabilidad

Se utilizó el coeficiente de Cronbach y se obtuvieron Valores significativos tanto en estudiantes (I: 0.56, OP: 0.62; A: 0.62) como en los profesores (I: 0.57; OP: 0.77; A: 0.73).

La corrección de este cuestionario se realizó tomando como patrón la distribución de los factores y los ítems de la manera siguiente:

1. Locus de Control Interno:

Ítems 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21,23

Sumar lo marcado en los ítems y dividir entre 8.

2. Locus de Control Externo (otros poderosos):

Ítems 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22

Sumar lo marcado en los ítems y dividir entre 8.

3. Locus de control Externo (azar)

Ítems 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24

Sumar lo marcado en los ítems y dividir entre 8

1. Apoyo social de amigos.
2. Apoyo social de personas cercanas.
3. Apoyo social de familiares.
4. Opiniones sobre el apoyo social.
5. Apoyo social general.

d.) Se utilizó la escala de locus de control

Muy alto : 120-144

Alto : 96-119

Promedio : 72-95

Bajo : 48-71

Muy bajo : 24-47

4.5.2.2. Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung

a. Ficha Técnica

Autor : William Zung

Año : 1965

Objetivo : identificar los niveles de ansiedad, buscar un estimado de la ansiedad como un trastorno emocional y medir cuantitativamente la intensidad al margen de la causa.

Dirigido : Adolescentes y adultos

Adaptado por : Luis Astocondor (2001)

En la escala de autoevaluación de la Ansiedad de Zung Comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad,

como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales.

En el formato de cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca o Casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”.

b. Validez:

Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de Ansiedad como de la Autoevaluación de la depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnóstico de Depresión, Ansiedad y otros desordenes de la personalidad.

Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos (citado por Astocondor, 2001)

La EAA fue revalidada y adaptada convenientemente al nivel sociocultural y educativo de los habitantes de las comunas nativas aguarunas (ver apéndice C), habiéndose realizado previamente un estudio piloto con las consiguientes modificaciones sugeridas que fueron aprobadas por un jurado calificador, el cual estuvo integrado por 10 especialistas en el área clínica, social y comunitaria.

Se utilizó el método de validez interna por criterio de jueces, a través del coeficiente V de Aiken.

C. Confiabilidad:

Para hallar la confiabilidad se utilizó Alpha de Cronbach

4.6 Plan de análisis.

Para el procesamiento de la información. Los datos fueron tabulados en una matriz utilizando el Microsoft Office Excel 2013 y el programa estadístico SPSS versión 22. El análisis de los datos se realizó por medio de análisis estadísticos descriptivos correlacional como son el uso de tablas de distribución de frecuencia y porcentuales. Para establecer la relación entre las variables ansiedad y locus de control, se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrada, considerando significancia estadística si $p < 0,05$. Lo cual significa trabajar con un 95% de nivel de confianza y 5% de margen de error.

4.7 Matriz de consistencia.

PROBLEMA	VARIABLES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
¿Existe 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?	Locus de Control	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	Encuesta
		Determinar la 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.	Ha Si existe relación significativa entre el locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.	Descriptiva correlacional de nivel cuantitativo.	Escala Levenson de Locus de control
	OBJETIVO ESPECIFICO		DISEÑO	Escala de Autoevaluación de la ansiedad de Zung.	
	Identificar el nivel de locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017. Identificar el nivel de ansiedad en residentes consumidores de sustancia psicoactivos de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017. Correlacionar locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.	H0 No existes relación significativa entre el locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.	No experimental, transversal		
			POBLACIÓN	Está constituida por 42 residentes consumidores de sustancia psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro.	
			MUESTRA	Se obtendrá mediante el muestreo no probabilístico.	
				Población - muestral.	

4.8 Principios Éticos

En la presente investigación se consideró la privacidad de los resultados obtenidos, los mismos que fueron manejados con ética, respetándose así la dignidad, lengua, tradiciones y estándares de los residentes participantes.

Se explicó el objetivo de la investigación y los instrumentos a utilizar; al mismo tiempo se enfatizó que se respetaría el anonimato y que los resultados obtenidos serían utilizados únicamente con propósitos investigativos

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabla 2

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel del índice de internalidad total de locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Índice de Internalidad Total				
Nivel	Puntaje	Categoría	Fi	%
Muy Bajo	-40 a -7	1	27	64.3%
Bajo	- 8 a 19	2	15	35.7%
Medio	20 a 31	3	0	0.0%
Alto	31 a 40	4	0	0.0%
Total			42	100.0%

Fuente: Espinoza, K. 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.

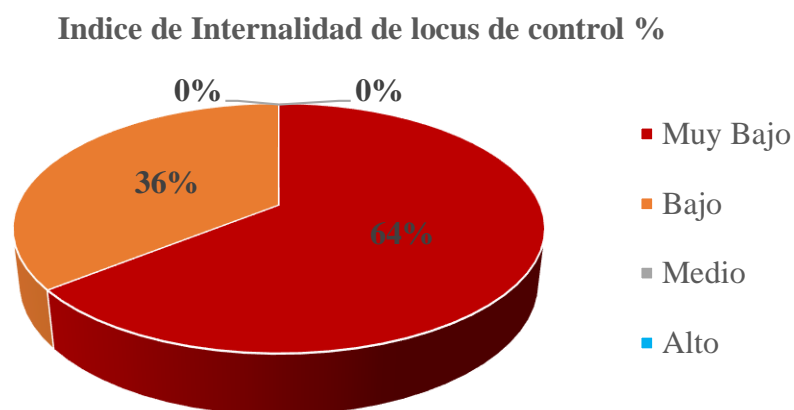


Figura 1. Diagrama circular de la distribución porcentual del locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Fuente: Tabla 2

En la tabla 2 y figura 1, el 64,3 % (27) de residentes se ubican en el nivel muy bajo y el 35,7% (15) en el nivel bajo del índice de internalidad total de locus de control de los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Tabla 3

Distribución de frecuencia y porcentaje de ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Nivel	Puntaje	Categoría	Fi	%
Normal	0 – 44	1	9	21.4%
Mínima a moderada	45 – 59	2	9	21.4%
Severa	60 – 74	3	7	16.7%
Máximo	75 - +	4	17	40.5%
Total			42	100.0%

Fuente: Ídem tabla 2

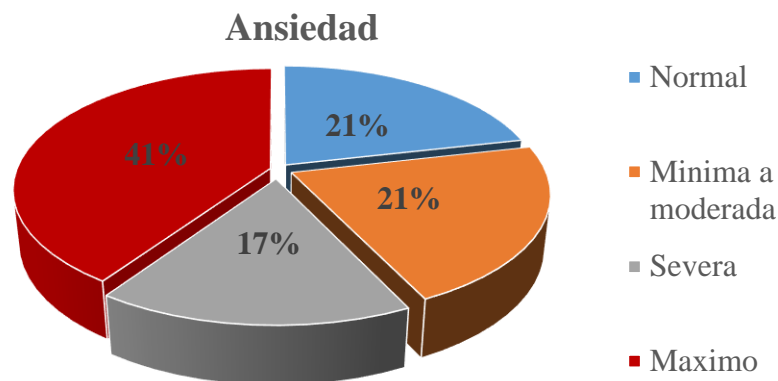


Figura 2. Diagrama circular del nivel de ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Fuente: Tabla 3

En la tabla 3 y figura 2, el 40,5% (17) residentes se ubican en el nivel máximo de ansiedad, el 21,4% (9) en el nivel normal y en el nivel mínima a moderada y el 16,7% (7) en el nivel severa.

Tabla 4

Tabulación cruzada entre locus de control y la ansiedad en los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Locus de Control	Ansiedad								Total	
	Normal		Mínima a moderada		Severa		Máximo		fi	% dentro de Locus de Control
	fi	% dentro de Locus de Control	fi	% dentro de Locus de Control	fi	% dentro de Locus de Control	fi	% dentro de Locus de Control		
Muy Bajo	6	22.2%	5	18.5%	5	18.5%	11	40.7%	27	100.0%
Bajo	3	20.0%	4	26.7%	2	13.3%	6	40.0%	15	100.0%
Total	9	21.4%	9	21.4%	7	16.7%	17	40.5%	42	100.0%

Fuente: Ídem tabla 2

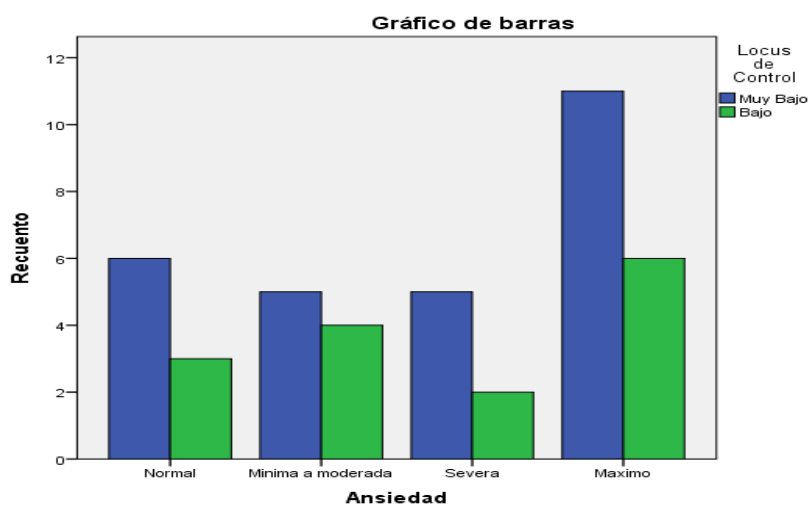


Figura3. Gráfico de barras del nivel de ansiedad y locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

Fuente: Tabla 4

En la tabla 4 y figura 3, el 40.7%(11) de residentes se ubican en el nivel muy bajo de locus de control se encuentra en el nivel máximo de ansiedad y el 40%(6) ubicados en el nivel bajo de locus de control se encuentra en el nivel máximo de ansiedad y el 26,7%(4) ubicándose en un nivel bajo de locus de control se encuentran en el nivel mínima a moderada de ansiedad.

Tabla 5

Correlación entre la ansiedad y el locus de control en los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,478 ^a	3	.924
N de casos válidos	42		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,50.

Fuente: Tabla 5

En la tabla 5 se observa que no existe relación significativa ($p < .05$) entre locus de control y la ansiedad en los niveles de los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, 2017. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis investigativa.

5.2. Análisis de resultados

Luego de interpretar cada resultado, se procedió a realizar el análisis de los resultados anteriormente presentados en las tablas y figuras; con la finalidad de determinar la relación entre ansiedad y el locus de control en los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes. A continuación se presentarán los resultados de acuerdo a los objetivos específicos y la hipótesis planteada.

Uno de los objetivos fue identificar el nivel de locus de control en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, encontrándose que el 64.3% (27) de los residentes se ubicaron en el nivel muy bajo de locus de control; este hallazgo difiere con el estudio realizado por Beltrán (2016), quien en su estudio sobre “Locus de control en consumidores de marihuana, Chimbote” comprobando que el 54% de consumidores se ubicaron en el nivel promedio; conclusión que estaría indicando que la mayoría de la población de estudio presenta un nivel de locus de control externo promedio; resultado que estaría indicando que en su mayoría los residentes tienen una percepción que los eventos ocurren como resultados del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros.

Otro objetivo específico fue el de identificar el nivel de ansiedad en los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes, identificándose que el 40.5% (17) se ubican el nivel máximo de ansiedad de los residentes; este hallazgo tiene parecido al encontrado Cadena (2016), quien en su estudio “Frecuencia de patología dual en pacientes con dependencia al alcohol y su relación con trastorno de ansiedad y depresión” comprobó que la mayoría

de los pacientes con dependencia al alcohol se ubicaron en nivel mayor de la ansiedad, teniendo como conclusión que si encuentran una coexistencia significativa entre estos trastornos.

Es importante enfatizar que existe un alto porcentaje de residentes en el nivel máximo de ansiedad en los residentes que se ubican en los niveles severo y máximo, quizá sea el motivo por el cual se sienten ansiosos por consumir sustancias psicoactivas, las ansias a las sustancias psicoactivas se transforma en un trastorno adictivo.

Al correlacionar ambas variables del estudio se encontró que la ansiedad y el locus de control de los residentes eran totalmente independientes entre sí, por lo que no se puede atribuir correlación entre ambas.

Finalmente la hipótesis investigativa fue, si existe relación significativa entre locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte de Villa San Isidro – Tumbes; sin embargo los resultados demuestran que no existe relación significativa ($p < 0.05$) entre las variables de estudio

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede concluir lo siguiente:

1. El 64.3% de residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte se ubicaron en el nivel muy bajo de locus de control.
2. El 40.5% de residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizonte se ubicaron en el nivel máximo de ansiedad.
3. No existe relación significativa entre locus de control y la ansiedad en los niveles de los residentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Asociación Nuevo Horizontes de Villa San Isidro - Tumbes, 2017.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al área de psicología, de la Asociación Cristiano Nuevo Horizonte, ejecutar talleres productivos, educativos y vivenciales; para que los residentes se empoderen en técnicas de afrontamiento y control de la ansiedad.
2. Al área de psicología de la Asociación Nuevo Horizonte, ejecutar talleres informativos a la familia sobre la importancia del apoyo emocional y fortalecimiento en las relaciones intrafamiliares.
3. Al director de la Asociación Nuevo Horizonte, gestionar la implementación de nuevas áreas de atención como: medicina, neurología, psiquiatría, entre otras, para tratar efectivamente la adicción de los residentes.
4. A los profesiones del área de psicología de la Asociación Nuevo Horizonte ejecutar terapias de corte cognitivo conductual a nivel individual y grupal para fortalecer el locus de control interno de los residentes y asegurar la disminuir o extinción la adicción de los mismos.
5. Promover una mayor actividad de soporte a través de los grupos de apoyo para que el tratamiento sea multidisciplinario y así asegurar el éxito del tratamiento integral de los residentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aspillaga, M. (2011). Creencias irracionales y estilo atribucional en un grupo de jóvenes abusadores de marihuana. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4760/ASPILLAGA_ALAYZA_MILAGROS_CREENCIAS_MARIHUANA.pdf?sequence=1
- Apaza, L. y Cárdenas, A. (2016). Relación entre el consumo de alcohol y la competencia social en estudiantes de la Institución Educativa N° 40029 Ludwig Van Beethoven. Alto Selva Alegre, Arequipa, 2016. Recuperada de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5480/60.1360.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alva, A. (2016). Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4939/3/Alva_sa.pdf
- Barbosa E. (2010), taller “aproximación a la comprensión de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas a partir de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto”. De: file:///C:/Users/ERICK/Downloads/Metodologia_para_la_difusion_de_la_Politica_Nacional_de_reduccion_del_consumo_SPA.pdf

Beatriz (1 de noviembre de 2013) Drogas legales e ilegales. Recuperado de
Rio file:///C:/Users/ERICK/Downloads/TESIS-USO-Y-ABUSO-DE-
ALCOHOL.pdf

Beltrán, N. (2016). *Locus de control en consumidores de marihuana. Chimbote, 2015.*
Recuperada de:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/88/BELTRAN_MORILLO_NATALIE_JACQUELINE_LOCUS_DE_CONTROL_CONSUMIDORES_MARIHUANA.pdf?sequence=1

Beltrán Y., Hernández A. y Arévalo A. (2015) *causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos.* Recuperado de:
<http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/3691/3/57298094.pdf>

Cáceres, E. (2016). Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana. Recuperada de:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/7165/CACERES_CEBRECOS_ESTELLA_FACTORES_DE_PERSONALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Cadena, A. (2016). Frecuencia de patología dual en pacientes con dependencia al alcohol y su relación con trastorno de ansiedad y depresión. Recuperada de: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Cadena%20Calder%C3%B3n_Ana%20Mar%C3%ADa.pdf
- Castillo, K. (2016). Construcción del cuestionario de factores de riesgo hacia el consumo de drogas n adolescentes en cuatro distritos de Trujillo. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/273/castillo_fk.pdf;jsessionid=2E27E12D7D188AD2A7436DCEE97615EE?sequence
- Chipana, M. (2016). Afrontamiento y espiritualidad en adultos varones pertenecientes a alcohólicos anónimos (AA). Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/7707/CHIPANA%20FLORES%20MARISELA_AFRONTAMIENTO_ESPIRITUALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chanta, L. y De la Cruz, D. (2014). Vivencias d los adolescentes que consumen drogas ilegales en el Sector Pardo y Miguel – Jaén 2012. Recuperado de: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/72/T%20394.14%20C955%202014.pdf?sequence=1>
- Fernández R. y Villa (2012) Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Recuperado de: http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/FHermida_Secades_2002_Intervencion_familiar.pdf

García L. (2010) Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Recuperado de:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/20100727DROGODEPENENCIAS.pdf>

Gasall, V. 2006. Educación sanitaria e interrogante en patología para la oficina de farmacia. (2ª edición). Madrid, España: pt 2º.

González-Arratia, N., Valdez, J., Oudhof, H. y González, S. (2012). Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situación de calle, *Psicología y Salud*, 22(1), 49-62

Góngora y Reyes (2000) (Citado por Gómez y Valdés, 1994). Definición de locus de control interno. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/psicologia/locusde-control/>.

Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XIV (1), 89-98.

Lefcourt (1984) (Citado por Palomar y Valdés, 2001). Definición de locus de control externo. Recuperado de: <https://bloglosariopsa.wordpress.com/2008/12/10/locus-de-controlexternointerno-locus-of-control/>.

Plumbohm, M. (2016). Percepción de riesgo y locus de control en adolescentes

consumidores de marihuana. Recuperada de:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/7316/PLUMBO_H_MARIANA_PERCEPCION_DE_RIESGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rojas, M. (2006). Estudio sobre creencias irracionales en mujeres y varones consumidores de cocaína y un grupo de control de no consumidores de sustancias psicoactivas. Una mirada desde el enfoque cognitivo. Tesis para maestría. Lima: Universidad Cayetano Heredia.

Salvador (11 de agosto de 2011) efectos del locus de control sobre desempeño. Recuperado de <http://salvadorfranco.blogspot.pe/2011/08/c-efectos-del-locus-de-control-de.html>

Sierra, Juan Carlos; Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab; (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Março, 10 - 59. <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>

ANEXOS

Anexo 1: escala de locus de control

ESCALA LOCUS DE CONTROL DE LEVENSON (1974) VERSIÓN ROMERO (1979)

Debajo hay una lista de instrumentos Usted debe decir en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ella, hay seis (6) respuestas posibles:

1= Total mente de Acuerdo

4= Ligeramente en Desacuerdo

2= De Acuerdo

5= En desacuerdo

3= Ligeramente De Acuerdo

6= Totalmente en Desacuerdo

Especifique su respuesta marcada con una equis (X) en el número que mejor expresa su opinión. Conteste todas las afirmaciones:

1.El que yo llegue a ser un líder depende principalmente de mis habilidades.	1	2	3	4	5	6
2.Mi vida ha sido influenciada en gran medida por sucesos inesperados.	1	2	3	4	5	6
3.Yo siento que lo que pasa en mi vida está muy determinado por la gente que tiene poder (padres, jefes, políticos).	1	2	3	4	5	6
4.El hecho de tener un accidente cuando voy manejando depende principalmente de mí mismo.	1	2	3	4	5	6
5. Cuando hago planes, estoy casi seguro de que los llevaré a cabo	1	2	3	4	5	6
6. Ciertamente, a veces no puedo evitar tener mala suerte en mis asuntos personales.	1	2	3	4	5	6
7. Como yo tengo buena suerte siempre las cosas me salen bien.	1	2	3	4	5	6
8. A pesar de estar bien capacitado, no conseguiré un buen empleo a menos que alguien influyente me ayude.	1	2	3	4	5	6
9. La cantidad de amigos que tengo está determinada por mi propia simpatía.	1	2	3	4	5	6
10.He descubierto que si algo va a suceder, ello sucede independientemente de lo que haga.	1	2	3	4	5	6
11.Yo creo que los ricos y políticos controlan mi vida de muchas maneras diferentes.	1	2	3	4	5	6
12.Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte.	1	2	3	4	5	6
13. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando esos intereses están en conflicto con los grupos poderosos (ricos, políticos).	1	2	3	4	5	6
14.No siempre es apropiado para mí planear muy adelantado porque de todas maneras muchas cosas resultan ser asunto de buena o mala suerte.	1	2	3	4	5	6
15. En este país para uno lograr lo que quiere necesariamente tiene que adularle a alguien.	1	2	3	4	5	6
16.El que yo llegue a ser un líder dependerá de la suerte que yo tenga.	1	2	3	4	5	6
17. Yo siento que la gente que tiene algún poder sobre mí (padres, familiares, jefes) trata de decidir lo que sucederá en mi vida.	1	2	3	4	5	6
18.En la mayoría de los casos yo puedo decidir lo que sucederá en ml vida.	1	2	3	4	5	6
19.Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales.	1	2	3	4	5	6
20. Si tengo un accidente cuando voy manejando toda la culpa es del otro conductor.	1	2	3	4	5	6
21.Cuando logro lo que quiero es porque he trabajado mucho en ello.	1	2	3	4	5	6
22.Cuando quiero que mis planes me salgan bien los elaboro de manera que complazcan a la gente que tiene influencia sobre mí (padres, jefes).	1	2	3	4	5	6
23.Mi vida está determinada por mis propias acciones.	1	2	3	4	5	6
24.Tener pocos o muchos amigos depende del destino de cada uno.	1	2	3	4	5	6

Anexo 2: escala de ansiedad

Nombre:.....

Fecha:

ÍTEMS O REACTIVOS	Nunca o raras Veces	Algunas Veces	Buen Número de Veces	La Mayoría de las Veces
01. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbres				
02. Me siento con temor sin razón				
03. Despierto con facilidad o siento pánico				
04. Me siento como di fuera a reventar y partirme en pedazos				
05. Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder.				
06. Me tiemblan los brazos y las piernas.				
07. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.				
08. Me siento débil y me canso fácilmente.				
09. Me siento débil y me canso fácilmente.				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11. Sufro de mareos.				
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente.				
14. Se me adormecen o me hinchan los dedos de las manos y pies.				
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16. Orino con mucha frecuencia.				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes.				
18. Siento bochornos.				
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche.				
20. Tengo pesadillas.				
PUNTUACION TOTAL				

ÍNDICE DE ANSIEDAD:

.....

Anexo 3: Validez y confiabilidad de los instrumentos

Escala de locus de control de Levenson

Validez:

La prueba fue evaluada por medio de análisis de correlación entre las distintas sub – escalas y se obtuvo el resultado esperado que era que la escala de externalidad esperada que era que la escala de internalidad no correlacionara con las escalas de externalidad en distintas muestras, de diferentes regiones del país, de estudiantes y profesores.

Confiabilidad:

Se utilizó el coeficiente de Cronbach y se obtuvieron Valores significativos tanto en estudiantes (I: 0.56, OP: 0.62; A: 0.62) como en los profesores (I: 0.57; OP: 0.77; A: 0.73).

Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung

Validez:

Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de Ansiedad como de la Autoevaluación de la depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnóstico de Depresión, Ansiedad y otros desordenes de la personalidad.

Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínico obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias

significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos (citado por Astocondor, 2001)

La EAA fue revalidada y adaptada convenientemente al nivel sociocultural y educativo de los habitantes de las comunas nativas aguarunas (ver apéndice C), habiéndose realizado previamente un estudio piloto con las consiguientes modificaciones sugeridas que fueron aprobadas por un jurado calificador, el cual estuvo integrado por 10 especialistas en el área clínica, social y comunitaria.

Se utilizó el método de validez interna por criterio de jueces, a través del coeficiente V de Aiken.

C. Confiabilidad:

Para hallar la confiabilidad se utilizó Alpha de Cronbach

Anexo 4: Consentimiento informado

a) INTRODUCCIÓN

Estimado residente ha sido invitado a participar en el estudio titulado:

RELACIÓN ENTRE LOCUS DE CONTROL Y LA ANSIEDAD EN RESIDENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL CENTRO TERAPÉUTICO CRISTIANO NUEVO HORIZONTE DE VILLA SAN ISIDRO – TUMBES, 2017.

. Su participación es voluntaria y antes de tomar su decisión debe leer cuidadosamente este formato, hacer todas las preguntas y solicitar las aclaraciones que considere necesarias para comprenderlas.

b) OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo de la investigación para la cual estamos solicitando su colaboración es:

Relacionar el locus de control y la ansiedad en residentes consumidores de sustancias psicoactivas del Centro Terapéutico Cristiano Nuevos Horizontes de Villa San Isidro – Tumbes, 2017

c) PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL ESTUDIO

Su aceptación y firma del presente formato es para autorizar al autor recoger la información requerida en el cuestionario de Locus de Control y Ansiedad. Los mismos que serán aplicados en el centro terapéutico.

d) BENEFICIOS

Se espera que el conocimiento derivado de este estudio, ayudara a obtener información sobre el locus de control y ansiedad. La importancia de realizar este trabajo es dar a conocer a los residentes qué relación tiene el locus de control y ansiedad y de qué

forma podrán visualizar los diferentes niveles del locus de control, externos e internos, que influyen en la ansiedad que tienen de sí mismos, los cuales pueden influir de forma positiva o negativa.

e) CONFIDENCIALIDAD

Toda información es de carácter confidencial y no se dará a conocer con nombre propio a menos que así lo exija la ley, o un comité de ética. En tal caso los resultados de la investigación se podrán publicar, pero sus datos no se presentan en forma identificable.

f) COSTOS Y COMPENSACIÓN

Los procedimientos que hacen parte de la investigación serán brindados sin costo alguno para Usted, no teniendo derecho a compensaciones económicas por participar en la investigación.

g) INFORMACIÓN QUEJAS

Cualquier problema o duda, deberá informar a la responsable del estudio, Karen Lourdes Espinoza Flores, cuyo número de celular es 994725521.

Se le entregara un acopia de este documento, firmado por la responsable del estudio, para que la conserve.

Declaro haber leído el presente formato de consentimiento y haber recibido respuesta satisfactoria a todas las preguntas que he formulado, ante de aceptar voluntariamente mi participación en el estudio.

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____

Fecha: Tumbes, ____ de _____ del 2017.