



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

*“Construcción y validación de un instrumento de evaluación de locus de control
aplicado a pacientes obesos que buscan tratamiento médico convencional y
tratamiento quirúrgico para bajar de peso”*

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Lic. Psi. Luciana Marín Leal

PROFESOR PATROCINANTE: Dr. Ps. Juan Yañez Montecinos
PROFESOR GUÍA METODOLÓGICO: Ps. y Mag. (c) Elisabeth Wenk Wehmeyer

2007

AGRADECIMIENTOS

Diversas son las personas e instituciones que colaboraron en hacer posible que la presente investigación pudiera concretarse. Quisiera comenzar agradeciendo a mi Profesor Patrocinante Dr. Juan Yáñez Montecinos por su colaboración y simpatía en todo este largo proceso, a mi Asesora Metodológica, la Psicóloga Elisabeth Wenk por su constante contención y caluroso apoyo, así como la generosa y encantadora asesoría de la Psicóloga Isabel Wolnitzky.

A su vez, quiero agradecer al Hospital Clínico de la Universidad de Chile por acceder a la realización de esta investigación y especialmente al Departamento de Nutrición y al de Cirugía por permitirme participar en sus policlínicos y avalar esta memoria. En especial quisiera agradecer su apoyo y colaboración a la Nutricionistas Ximena Orellana, Emma Díaz y Andrea Riffo, Doctora Karin Papapietro y todos los cirujanos digestivos de la Unidad de Cirugía, como también a todos y cada uno de los auxiliares de enfermería y enfermeros por su cálida ayuda en la búsqueda de los pacientes.

Quisiera agradecer también a la Psicóloga de Departamento Sra. Denisse Montt por su desinteresada ayuda y entrega de conocimientos en todas las etapas de esta memoria.

Mis agradecimientos se dirigen además a las Psicólogas Victoria Leiva, Paula Vergara, Susana Cortés, Valeria Mandakovic, María Paz Vásquez y Macarena Espinoza, por haber estado siempre dispuestas a colaborar generosamente en esta investigación.

Finalmente quiero agradecer a todos los pacientes obesos que voluntariamente participaron en este estudio.

Quiero expresar mi gratitud al apoyo de mis padres en este largo proceso y la especial compañía y sostén de mi amor que tan bien sabe tratarme.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	2 - 4
II. ANTECEDENTES	5 - 10
Locus de Control: Descripción.....	5 - 10
III. OBJETIVOS	11
1. Objetivos Generales.....	11
2. Objetivos Específicos.....	11
IV. HIPÓTESIS	12
V. METODOLOGÍA	12 - 19
1. Tipo de Estudio y Diseño de Investigación.....	12
2. Definición Conceptual y Operacional de Variables.....	13 - 15
3. Colectivo o Población y Muestra.....	15 - 16
4. Instrumentos.....	17 - 18
5. Procedimientos.....	19
V. RESULTADOS	20 - 45
1. Evaluación de la Validez de Contenido de la Escala ELCE.....	20
2. Evaluación de la aplicación piloto.....	20 - 21
3. Características de la muestra.....	21 - 23
4. Características Psicométricas de la Escala ELCE.....	24 - 45
4.1. Análisis descriptivo.....	24
4.2. Evaluación del Grado de atractivo de los ítemes de la Escala ELCE.....	24
4.3. Evaluación de la Capacidad de Discriminación de los ítemes de la Escala ELCE.....	25 - 28

4.4. Confiabilidad de la Escala ELCE de acuerdo con el Coeficiente Alfa de Cronbach.....	29
4.5. Aporte a la Validez de Constructo de la Escala ELCE.....	29 - 45
4.5.1. <i>Muestra de pacientes de tratamiento médico</i>	30- 31
4.5.2. <i>Muestra de pacientes de tratamiento quirúrgico</i>	32- 33
4.5.3. <i>Comparación entre la muestra de pacientes de tratamiento médico y la muestra de pacientes de tratamiento quirúrgico</i>	34 - 39
4.5.4. <i>Comparación entre nivel educacional</i>	40 - 41
4.5.5. <i>Elaboración de normas provisionales para la Escala ELCE</i>	42 - 45
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	46 - 56
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57 - 64
ANEXOS.	

RESUMEN

Actualmente, la obesidad es considerada la epidemia del siglo XXI, y su tratamiento resulta frustrante tanto para profesionales como para pacientes, por estar lleno de dificultades y fracasos. La presente investigación tiene como objeto el desarrollo de un instrumento psicológico de evaluación de locus de control respecto de la conducta de comer y engordar, con formato de escala, y la comparación de los puntajes obtenidos en dos muestras de pacientes obesos que buscan diferentes tratamientos para bajar de peso. La primera, correspondió a pacientes obesos hombres y mujeres que buscaban tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso y la segunda a pacientes obesos hombres y mujeres que escogían la opción quirúrgica para bajar de peso. Ambas muestras pertenecieron al Hospital Clínico de la Universidad de Chile y estuvieron constituidas en total por 64 sujetos.

En cuanto a los resultados, la escala ELCE mostró una confiabilidad de 0,83. Se aportó a la validez del instrumento a través de la validez de contenido incorporando el aporte de los jueces expertos, y de la validez de constructo al haber sometido la prueba a un contexto de contrastación, encontrándose diferencias en los puntajes de locus de control entre los pacientes de tratamiento médico y los de tratamiento quirúrgico. Los primeros evidencian un locus de control interno, y los segundos un locus de control externo. Además se elaboraron normas provisionarias para el instrumento construido.

Palabras Clave: Escala de evaluación, Locus de Control, Obesidad.

I. INTRODUCCIÓN

La obesidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada una enfermedad crónica y es el trastorno metabólico más frecuente de las sociedades desarrolladas y también de países en desarrollo (Barreda, 2004). Es un problema frustrante, tanto para el paciente como para el médico, pues su tratamiento está lleno de dificultades y de fracasos.

Asimismo, pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad, y menos trastornos aún generan tal nivel de mofa y condena social hacia aquellos que la padecen. Los obesos responden la mayoría de las veces con pena, vergüenza y culpa, acompañados también por una carga de fracasos por controlar su peso. Dicha carga reduce la autoestima del paciente y afecta su calidad de vida. Aún más, se intensifica la pena y la frustración cuando los pacientes obesos, luego de una pérdida de peso, vuelven a recobrarlo. Son evaluados por los demás en términos que no realizan verdaderos esfuerzos, que no tienen voluntad ni ganas suficientes para cambiar su situación (Rozowski y Arteaga, 1997).

De este modo, la obesidad es una condición seria que afecta la salud física y psíquica de una proporción creciente de individuos, también de Chile, con numerosas consecuencias y estigmatizaciones, lo que ha determinado un firme interés por el estudio de esta enfermedad con la necesidad urgente de crear tratamientos eficaces y con resultados de larga duración (Casalnuovo, 2001). Dentro de éstos se encuentran por un lado los tratamientos médicos convencionales¹, constituidos básicamente por el seguimiento de una dieta y de un programa de ejercicios, los cuales son controlados por un médico especialista. Por otra parte se encuentra la opción quirúrgica, que ha demostrado ser eficaz como técnica, pero que no garantiza un pronóstico favorable a largo plazo si no existe una participación activa del paciente en todo el proceso, tanto pre como post operatorio (Casalnuovo, 2001). Lo anterior es muy relevante, ya que muchos pacientes obesos se acercan a esta opción buscando una solución que provenga “desde afuera”, una especie de “milagro” que actúe por si mismo y no requiera demasiado

¹ Dentro de este tipo de tratamientos están los que incluyen fármacos y los que no los incluyen. En la presente investigación se considerarán sólo los pacientes que no reciban fármacos como parte del tratamiento médico.

esfuerzo personal, obviando así el grado de responsabilidad que ellos tienen en su conducta, tanto para tener éxito como para fracasar (Formiguera, 2002).

La observación del último tipo de pacientes descrito², la importancia otorgada por los especialistas a determinar el *locus de control*³ para predecir cuál será el enfrentamiento a los tratamientos para bajar de peso⁴ y la falta de pruebas que midan esta variable con relación a la baja de peso o a las razones que se otorgan los pacientes a si mismos respecto de su aumento de peso, ha motivado la presente propuesta de investigación, que intenta desarrollar un instrumento que mida esta variable en este tipo de pacientes.

Por otra parte, el supuesto de que existen diferencias en el locus de control entre aquellos pacientes que deciden realizar un tratamiento médico convencional (mayor grado de responsabilidad en la baja de peso) y aquellos que buscan tratamiento quirúrgico (menor grado de responsabilidad en la baja de peso) motivó a aplicar el instrumento construido en ambos tipos de pacientes.

De este modo, el objetivo general de la investigación es la construcción de un instrumento de evaluación de locus de control respecto de la conducta de comer y engordar aplicado a pacientes obesos, tanto aquellos que se someten a tratamiento médico como los que buscan una intervención quirúrgica. Se describe el fenómeno de interés en cada uno de los grupos de pacientes, además de observar si efectivamente existen diferencias en los resultados psicométricos obtenidos en ambas muestras de pacientes y por tanto, si existen diferencias en el locus de control que evidencian.

Así, el presente trabajo es una investigación de tipo metodológico, pues intenta desarrollar tecnología propia para la disciplina. Subsidiariamente es de tipo descriptivo, de carácter exploratorio y de tipo comparativo. El diseño con el que se trabaja es no experimental y transversal.

De acuerdo con lo expresado, la realización de este estudio constituye un aporte tanto teórico como metodológico: teórico, ya que aporta información nueva acerca del

² La autora del presente proyecto realizó su práctica profesional en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, tratando este tipo de pacientes, entre el mes de marzo y septiembre del año 2005.

³ Definido como: Una explicación del lugar o foco donde se ubica el núcleo que refuerza la realización de las conductas de los sujetos (Rotter, 1966 citado en Durán 2002a) Para mayor información acerca de este concepto dirigirse al Apartado II del presente trabajo.

⁴ Comunicación Personal, Psicóloga y Psiquiatra del Equipo de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; Ps. Denisse Montt y Dr. Alejandro Koppmann (Mayo, 2005).

fenómeno de la Obesidad. Metodológico pues construye un instrumento de evaluación que no existía con anterioridad, lo que permite describir una población específica.

Como proyecciones del presente estudio, cabe destacar que para aportar mayor información podría resultar interesante comparar los resultados en los puntajes obtenidos en la Escala ELCE con una entrevista clínica a los pacientes para observar convergencia de conclusiones, lo que constituye un aporte a la validación con un criterio externo para el instrumento.

Otra proyección posible sería evaluar a los pacientes a través de la escala y hacer un seguimiento evaluándolos en indicadores físicos, y otra, someterlos a tratamiento con evaluaciones pre y post al mismo.

II. ANTECEDENTES

LOCUS DE CONTROL: DESCRIPCIÓN

Para poder entender este concepto, resulta importante comprender el significado semántico del vocablo "locus". Éste proviene del latín y significa "sitio", por lo que la traducción literal de locus de control podría ser "sitio de control" (García y Medina, 2002). De acuerdo con lo anterior, se entiende locus de control como la "(...) *identificación de donde se origina la fuerza motivadora que lleva a los sujetos a actuar de una cierta manera y no de otra ante la misma situación; constituye una explicación del lugar o foco en el que se ubica el núcleo que refuerza la realización de las conductas o acciones de los sujetos*" (Rotter, 1966, citado en Durán, 2002a, p.1). Es un constructo de personalidad referido a la percepción de donde se origina el dominio de la propia vida, percepción del núcleo desde el cual son determinados causalmente los eventos de la vida desde la óptica del propio sujeto, quien los considera consecuencia de su conducta o resultado de factores externos y sin relación con sus actos (Rotter, 1966).

Se refiere también como la medida de qué tan lejos se ven a sí mismos los individuos en cuanto al control y la responsabilidad acerca del curso de los acontecimientos (tanto deseables como no deseables) que han tenido lugar en su vida; vale decir, la percepción por parte del sujeto de la posibilidad de controlar o no controlar personalmente la consecución de una meta. Si bien en la literatura se utilizan distintos términos como: Locus, foco, control de causalidad, lugar de control, entre otros, la esencia de la definición no se ve alterada (Alonso y Arce, 1993; Durán, 2002a ; Rodríguez, 2002).

Así, Rotter (1966), señala que la adquisición y desarrollo de habilidades y conocimientos en general está estrechamente ligada al estímulo que recibe el sujeto. Es decir, la satisfacción o insatisfacción de los actos está íntimamente ligada a los procesos de aprendizaje, y los efectos del estímulo dependen en gran medida de que el sujeto reconozca los efectos o resultados como consecuencia de su propia conducta o como independiente de ella, como contingente o no contingente con las propias acciones. Es entonces a la expectativa que el individuo tiene acerca de la fuente o lugar de control de los resultados de la propia conducta a lo que en esta teoría se le llama locus de control (Rotter, 1966 citado en Durán, 2002a; Burón, 1994; Báñez, 2002; Rodríguez, 2002). Una persona desarrolla expectativas a través de las sucesivas experiencias de reforzamiento que vive, las cuales afectarán sus conductas futuras: se aprende a relacionar una

conducta con determinadas consecuencias. De ahí la “(...)importancia que representa a qué tipo de situaciones debe o no debe estar expuesto un sujeto a fin de que alcance un grado de internalidad de sus acciones que le lleve a ser productivo para sí mismo y para los otros” (Durán, 2002b, p.3)

El locus de control es, entonces, un concepto teórico que se ha desarrollado para explicar las creencias características del sujeto a partir de las cuales éste establece la génesis de los eventos cotidianos y por ende de su propio comportamiento (Durán, 2002a). Hace referencia a – como una función de la experiencia - la manera en que los individuos desarrollan expectativas generalizadas de su grado de control sobre distintas áreas de actividad; es decir, el grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. En términos generales, constituye una creencia con la que se vive, relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo (Ardouin et al., 2001).

Así, este concepto es una construcción que permite definir cómo es percibida la causa de un comportamiento o una acción, y cómo esta percepción está determinada por la información que el individuo posee acerca del objeto en cuestión. De este modo, el locus de control puede ser definido como la creencia que el sujeto tiene acerca de cómo y donde se originan los eventos agradables o desagradables que percibe para actuar. Por ello, si un sujeto cree que tiene poco control respecto de las retribuciones y sanciones que recibe, no encontrará razones suficientes para modificar su comportamiento, ya que no considera poder influir en la posibilidad de que tales eventos se presenten (Durán, 2002a).

En relación con otros constructos, se reporta una clara relación entre el locus de control y algunas otras variables, como autoestima, valores, rendimiento académico, creencias, entre otras. El estilo atribucional determinaría a qué fuerzas otorgamos responsabilidad por nuestros éxitos y fracasos, teniendo una gran influencia en los resultados de las acciones de cada sujeto (Durán, 2002b).

Ahora bien, Rotter (1966) ha encontrado que existen personas que explican un acontecimiento como contingente a su propia conducta, lo que los define como sujetos con un **locus de control interno**; personas que creen que el lugar, la causa o la raíz del control de los resultados de su actuación se encuentran en ellos mismos. Por otro lado, existen también individuos que identifican el origen de los acontecimientos que les ocurren como resultado de fuerzas ajenas o externas a ellos mismos, y que éstas actúan independientemente de sus actos, los que constituyen sujetos con un **locus de control**

externo: son personas que creen que el control de los resultados se ubica fuera de ellos (Durán, 2002b). En palabras de Rotter: "(...) cuando percibimos que ocurre algo que no es resultado de nuestra acción, entendemos que es el resultado de la suerte, de la casualidad o del destino (LC externo), Cuando percibimos que lo que ocurre es el resultado de nuestra conducta o acción relativamente permanentes, llamamos a esta creencia control interno" (Rotter, 1966, en Burón, 1994, p. 95).

Así, cuando un sujeto percibe que un determinado evento es contingente con su propia conducta, esto es, considera que ejerce influencias importantes sobre el curso de su propia vida, que los resultados que obtenga son generalmente gracias a su propia responsabilidad y que tiene control sobre sus actos y su vida, se dice que tiene un *locus de control interno*. Si por el contrario, un sujeto percibe que los sucesos que ocurren en su vida están determinados por fuerzas externas que están fuera de su alcance y que por tanto no puede controlar, tal como la suerte, el destino u otras personas percibidas como poderosas, se dice entonces que tiene un *locus de control externo* (Burón, 1994; Rotter, 1966 citado en Caballo, 1998; Ardouin et al., 2001; García y Medina, 2002).

Individuos cuyo *locus de control es interno*, explican su conducta debido a factores internos controlables, por lo que son menos vulnerables al estrés, creen más en su propia acción para conseguir los resultados que desean, para controlar su destino y para realizar cambios en su vida; tienden a ser más responsables en su comportamiento y asumir un rol más activo en la planificación de sus acciones, hallándose más en contacto con conductas de logro y experiencias de éxito; son personas que se encuentran plenamente convencidas de que aquel que algo desee deberá esforzarse por alcanzarlo, tendrá siempre un costo, razón por la cual tienden a ser capaces de retrasar recompensas en pro de un objetivo determinado; mientras que, por el contrario, sujetos con un *locus de control externo* son más vulnerables al estrés, explican su conducta debido a factores externos, ajenos a sí mismos y sobre los cuales no ejercen mucho control, actúan de manera defensiva contra su fracaso, siendo generalmente más reacios a reconocer consecuencias de sus propios actos (Alonso y Arce, 1993; Burón, 1994; Durán, 2002b; García y Medina, 2002; Lippa, 1994, citado en García y Medina, 2002). En este contexto, existen diferencias tanto a nivel cognitivo como a nivel conductual (Báñez, 2002).

Se observa entonces que las dimensiones del locus de control suponen dos posturas distintas ante el mundo: el interno siente que su destino depende principalmente de lo que él mismo haga, actúa como si el mundo estuviera regido por leyes que son

estables y tiene ideas más claras sobre los objetivos que desea alcanzar, los medios precisos para alcanzarlos y las dificultades que pueden surgir en el camino, por lo que cuando éstas llegan no se desaniman con facilidad, son persistentes en sus propósitos, razón por la cual tienen mayores éxitos. El externo parece concebir el mundo como si estuviese regido por el azar, por la casualidad, como si éste fuese un dado. Así, si fracasa, espera más que el interno que en una próxima ocasión le irá mejor, pero si tiene éxito espera menos que aquél que otra vez esto se repita, que la suerte vuelva a acompañarlo (Burón, 1994). Acerca de los sujetos externos, Burón expresa que “(...) *el externo parece incurrir en la falacia del aficionado a los juegos de azar: cuantas más veces pierde, más próxima ve la oportunidad de ganar, como si las posibilidades de perder se fueran agotando, (...) lo cual lo empuja a seguir jugando*” (Burón, 1994, p. 98).

Es importante aclarar que Rotter se refirió al constructo locus de control como una variable unidimensional, siendo sus polos extremos la máxima y mínima internalidad y la máxima y mínima externalidad, la cual propone valorarla través de una escala de elección forzada (Alonso y Arce, 1993; Báñez, 2002; Rodríguez, 2002). Sucesivos estudios acerca del constructo cuestionaron el valor predictivo de la escala de Rotter y permitieron llegar a formulaciones más refinadas acerca del concepto Locus de Control. Es así como en el año 1974, Hanna Levenson postula la multidimensionalidad del constructo a partir de la construcción de una escala conocida como la IPC (Internal, Powerful others and Chances) la cual comprendía tres dimensiones, una interna y dos externas. Estas son: *Locus de control interno*, *locus de control externo mediado por otros poderosos* (personas poderosas⁵: externos, médicos, dioses) y *locus de control externo mediado por la suerte* (externos auténticos: suerte, destino, azar) (Báñez, 2002; García y Medina, 2002; Rodríguez, 2002; Alonso y Arce, 1993).

El razonamiento de la diferencia en la orientación externa se basa en el supuesto de que los sujetos que creen que el mundo está influenciado por el azar o es caótico, piensan y se comportan de manera distinta a aquellos que creen que el mundo no es azaroso, pero que creen que los otros poderosos tienen el control. Estos últimos tienen más posibilidad de ser individuos de control interno, ya que pueden haber desarrollado

⁵ En la presente memoria se llevará a cabo una modificación en este concepto. No se hablará de *Otros Poderosos* sino de *Otros Relevantes*, esto porque la escala construida busca medir el locus de control en los pacientes obesos respecto a las conductas de comer y de engordar. Así, más que tratarse del control de externos poderosos se trata de externos relevantes como pueden ser la familia, los amigos, pastillas para adelgazar, entre otros.

una orientación externa como una defensa contra el fracaso, pudiendo haber sido más competitivos en un principio (Levenson, 1973 en Bárez, 2002) Estos criterios son los que actualmente se utilizan en la mayoría de los estudios, aún cuando se sigue utilizando la escala unidimensional original de Rotter (Alonso y Arce, 1993; Bárez, 2002; García y Medina, 2002).

Por otra parte, otra implicancia de la multidimensionalidad del constructo apunta a que un sujeto no sería enteramente interno o enteramente externo en cuanto a su locus de control, sino que pueden existir variaciones: una misma persona puede ser interna en un campo y externa en otro. De este modo, se entiende que el constructo locus de control no es unitario ni se trata de una tipología, sino que puede implicar creencias diferentes según el ámbito al que se refiera, prediciendo la conducta de las personas en ciertos ámbitos y situaciones (Burón, 1994; Means, 2000). Las expectativas de control variarán en función de contextos específicos, al tiempo que existe una tendencia a mantener un tipo de expectativas en diferentes contextos (Alonso y Arce, 1993). Así, por ejemplo es posible que individuos que se comportan generalmente con un locus de control externo, en situaciones específicas se comporten como internos. Esto es porque la historia de aprendizajes de los sujetos les ha mostrado que ellos tienen el control del refuerzo en ciertas situaciones, aunque en general no perciban tener el control de lo que les ocurre (Means, 2000).

Con todo lo anterior, locus de control es una variable que puede permitir una predicción confiable de la conducta futura de una persona en cuanto a lo que tiene que ver con su toma de decisiones (Durán, 2002a). Sujetos con un locus de control interno, tenderán a pensar más positivamente, orientándose hacia el futuro y tratando de solucionar los problemas del presente, tendrán aspiraciones más altas y serán más luchadores. Sus pensamientos implican que el éxito se puede alcanzar y que un fracaso puede enmendarse; sin embargo, si fracasan, se culpan mucho más a si mismos, sintiéndose sumamente atormentados gracias a la atribución de toda la responsabilidad. Por otra parte, individuos con un locus de control externo tienen muy poca confianza en sus propias habilidades y capacidades, de tal manera que si se obtiene éxito es bueno y si se fracasa no tienen responsabilidad. Esta perspectiva es un arma de doble filo, ya que contribuye a mantener la autoestima pero lleva a experimentar también que los resultados

obtenidos están fuera de ellos, generando incertidumbre y ansiedad con respecto a sí mismos (García y Medina, 2002).

Ahora bien, si se sopesan las ventajas y desventajas de la internalidad y la externalidad, el locus de control interno pareciera ser claramente más ventajoso que el externo, relacionándose con aspectos mucho más deseables y positivos (Burón, 1994).

Es interesante mencionar que luego de su construcción, el concepto locus o lugar de control ha generado múltiples investigaciones, relacionándose con los más diversos aspectos de la realidad humana, tales como el deporte, matrimonio, nivel de aspiraciones, salud (Burón, 1994; Bárez, 2002; García y Medina, 2002; Rodríguez, 2002). En este último ámbito, la salud, se han desarrollado diversos instrumentos específicos relativos al alcoholismo, diabetes, artritis, cáncer, hipertensión, entre otros, y donde los sujetos internos muestran mejores resultados y comportamientos de salud más adecuados que los externos (Furnhan y Steele, 1993, citado en Rodríguez, 2002).

III. OBJETIVOS

1. Objetivos Generales

- Construir y validar un instrumento de evaluación de locus de control respecto de la conducta de comer y engordar, destinado a pacientes obesos que buscan tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso y a pacientes obesos que buscan tratamiento quirúrgico para bajar de peso.

2. Objetivos Específicos

- Sistematizar conceptualmente los antecedentes teóricos y las observaciones clínicas relacionadas con el locus de control en pacientes obesos, para detectar las variables que lo componen.
- Desarrollar reactivos de las variables asociadas a locus de control, a fin de estructurar un instrumento experimental.
- Obtener evidencias de validez de contenido para el instrumento, a través del criterio de jueces.
- Describir a los pacientes de acuerdo con los resultados obtenidos en el instrumento desarrollado.
- Obtener evidencias respecto de la validez de constructo del instrumento de evaluación de locus de control a través de comparar si existen diferencias en los puntajes obtenidos en la prueba construida, entre los pacientes obesos que buscan tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso y los pacientes obesos que buscan tratamiento quirúrgico.
- Obtener evidencias de confiabilidad por consistencia interna para el instrumento de evaluación de locus de control.

IV. HIPÓTESIS

1. Se encontrarán diferencias significativas en los resultados del instrumento de locus de control entre los pacientes obesos que buscan tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso y los pacientes obesos que buscan tratamiento quirúrgico para bajar de peso.
2. Se encontrarán diferencias significativas en los resultados del instrumento de evaluación de locus de control entre los pacientes varones y mujeres.
3. Se encontrarán diferencias significativas en los resultados del instrumento de evaluación de locus de control entre los pacientes mayores y menores de la muestra considerada.

V. METODOLOGÍA

1) Tipo de Estudio y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo metodológico, ya que intenta desarrollar tecnología propia para la disciplina, como es el caso de los instrumentos psicológicos de medición (Wenk, 2006, Com. Pers).

Subsidiariamente es de tipo descriptivo, pues busca examinar el estado actual de situación de un fenómeno, es decir, cómo es y cómo se manifiesta el nivel de locus de control tanto en un grupo de sujetos obesos que busca tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso como en un grupo de sujetos obesos que, para el mismo objetivo, busca tratamiento quirúrgico. Es además, de carácter exploratorio, al tratarse de un tema de investigación que no ha sido abordado de este modo en el pasado. Y es, a su vez, una investigación de tipo comparativo, por cuanto buscará contrastar posibles diferencias existentes entre dos grupos (Hernández et al., 2003).

El diseño con el que se trabajó es de tipo no - experimental y transversal. No experimental, ya que no se realiza manipulación deliberada de variables; transversal dado que recolecta datos en un sólo momento y tiempo únicos. Además es ex -post - facto, ya que la investigación se llevó a cabo con posterioridad a la influencia de las variables y sin manipular intencionalmente el nivel de locus de control (Hernández et al., 2003).

2) Definición Conceptual y Operacional de Variables

Variable en estudio (Como variable dependiente):

Locus de control:

Conceptual: Se define por J. Rotter (Rotter, 1966 citado en Caballo, 1998) como la manera en que los individuos desarrollan expectativas generalizadas de su grado de control sobre distintas áreas de actividad; es decir, el grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. Constituye una creencia con la que se vive, relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo. Así, cuando un sujeto percibe que un determinado evento es contingente con su propia conducta, esto es, considera que ejerce influencias importantes sobre el curso de su propia vida, que los resultados que obtenga, son generalmente de su propia responsabilidad y que tiene control sobre sus actos, se dice que tiene un locus de control interno. Si por el contrario, un sujeto percibe que los sucesos que ocurren en su vida están determinados por fuerzas externas que están fuera de su alcance y que por tanto no puede controlar, tal como la suerte o el destino, se dice entonces que tiene un locus de control externo (Ardouin et al., 2001; Rotter, 1966, citado en Caballo, 1998).

Operacional: Se constata por el puntaje obtenido por los pacientes obesos sometidos a medición para la presente investigación en el instrumento de locus de control desarrollado ad-hoc.

Variables de estratificación de la muestra:

Sexo:

Conceptual: Se refiere a aquellos caracteres anatomofisiológicos, actitudinales y conductuales que diferencian al hombre de la mujer (Wenk, 1987 Com. Pers., citado en Benoist y Yáñez, 1987).

Operacional: Condición biológica de hombre o mujer.

Edad:

Conceptual: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento del sujeto hasta el momento en que se le considera para los efectos de la investigación (Idem., 1987).

Operacional: Tiempo (medido en años) transcurridos entre la fecha de nacimiento del sujeto (recogida del sistema interno de los servicios donde se evaluará) y el momento de participar en la investigación (Ibíd.). Se estratificó en pacientes mayores y menores,

haciéndose el corte entre éstos en los 40 años. Esto porque desde las teorías de la Psicología del Desarrollo, entre los 17 – 22 años a los 40 se hablaría de *Adulthood temprana* y entre los 40 a 65 años de *Adulthood media* (Levinson, 1986 citado en Lahey, 1999 y Blanco, 1995), localizándose para algunos autores un período especialmente crítico en la transición de estos momentos de la adultez que suele manifestarse entre los 40 – 45 años, y donde transcurrida esta transición se pasaría a un período de mayor calma y estabilidad (Levinson, 1986 citado en Lahey, 1999, y Blanco, 1995)

Tipo de tratamiento para la obesidad:

1) Tratamiento quirúrgico para la obesidad (o Cirugía Bariátrica):

Conceptual: Tratamiento para bajar de peso que se caracteriza por el uso de una técnica quirúrgica que consiste en formar un reservorio gástrico más pequeño, con la finalidad de lograr una limitación en la ingesta. Se utiliza en pacientes con obesidad clínicamente grave, definida por un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40 o un IMC igual o superior a 35, asociado a comorbilidad (aquellas enfermedades que aparecen o se complican con la obesidad y que mejoran o se curan con la pérdida sustancial de peso; entre las que son de mayor relevancia la hipertensión arterial, la diabetes tipo II y osteoartritis grave en articulaciones de carga e infertilidad) (Formiguera, 2002; Casalnuovo, 2001; Servicio Vasco de Salud, 2001).

Operacional: Sujetos de ambos sexos que estén participando en el tratamiento quirúrgico para la Obesidad en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, policlínico de Nutrición, Cirugía y Psiquiatría, Departamento de Cirugía.

2) Tratamiento médico convencional no farmacológico para la obesidad:

Conceptual: Tratamiento para bajar de peso que se caracteriza por estar sostenido por un equipo multidisciplinario (médico, nutricionista, psicólogo, endocrinólogo, entre otros) que sea capaz de apoyar al paciente en todas las áreas y partes del proceso (Feuchtmann y Seijas, 1997). Incluye un programa de dieta, modificaciones conductuales y ejercicio. El objetivo es modificar – hasta donde sea posible – las características que definen al individuo obeso y los factores de riesgo asociados, modificando para ello su estilo de vida a largo plazo en las siguientes áreas: Conducta alimentaria, actividad física y modificación del comportamiento (Grekin, 1997).

Operacional: Sujetos de ambos sexos, que estén participando en el tratamiento médico convencional no farmacológico para la obesidad en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, policlínico de Nutrición, Departamento de Endocrinología.

Variable de Muestreo (o restricciones impuestas a la muestra)

Obesidad:

Conceptual: La obesidad es definida por numerosos autores como un almacenamiento excesivo de energía representado por un aumento de grasa corporal (entendida como la reserva energética del organismo) en relación con la masa magra corporal, que se caracteriza por comprometer la salud debido a una serie de anormalidades fisiopatológicas que la afectan y por disminuir las expectativas de vida de quienes la padecen (Infante, 1993; Liberman et al., 1998; Moreno, 1997; Rozowski, 1997). Se clasifica como obesidad a partir de un IMC de 30, dividiéndose en tres subgrupos. Se considera obesidad leve (o Grado I) a aquellos que tengan un IMC entre 30 y 34,9; obesidad moderada (o Grado II) un IMC entre 35 y 39,9 y obesidad severa (o Grado III) mayor de 40 (Albala et al., 2000; Moreno, 1997; Youlton, 1989). Los sujetos cuyo IMC es superior a 50 y se conocen como “mega obesos” (Guzmán, 1997).

Operacional: Un sujeto se considera obeso si a través de la revisión de las fichas de los pacientes que acudan a los policlínicos de nutrición del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, su IMC es igual o mayor a 30: La investigación sólo considerará pacientes obesos.

3) Colectivo o Población y Muestra

La población del presente estudio corresponde a todos aquellos obesos adultos, que buscan tratamiento para bajar de peso en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. La unidad de análisis del estudio fueron los sujetos que participaron en la investigación durante los meses de marzo a junio del año 2007.

Se trabajó con dos muestras. La primera que estuvo constituida por pacientes obesos, mujeres y hombres, que buscaban tratamiento quirúrgico para bajar de peso.

La segunda muestra estuvo conformada por pacientes obesos, mujeres y hombres, que buscaban tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso. La muestra se constituyó de 32 sujetos en cada una de ellas, quedando un total de 64 sujetos.

La muestra seleccionada fue no probabilística, intencionada o de elección razonada, de sujetos tipo (Hernández et al., 2003). Para la selección de los sujetos de la muestra se recurrió al Policlínico de Nutrición, en el caso de los pacientes que buscaban tratamiento médico convencional. En el caso de la muestra de pacientes quirúrgicos, además del Policlínico de Nutrición se debió recurrir a los Policlínicos de Cirugía y de Psicología - Psiquiatría, esto por el bajo flujo de pacientes varones que se presentó⁶.

Como variables de estratificación de la muestra fueron incluidas: *sexo, edad, tipo de tratamiento para la obesidad: quirúrgico (o Cirugía Bariátrica) y tratamiento médico convencional no farmacológico para la obesidad*. Como variable de restricción de la muestra, se consideró la variable *obesidad*.

Cuadro N° 1: Resumen de Características de la muestra.

	HOMBRES		MUJERES		TOTALES
	Mayores	Menores	Mayores	Menores	
PACIENTES BARIÁTRICOS	8	8	8	8	32
PACIENTES CONVENCIONALES	8	8	8	8	32
	16	16	16	16	64
	32		32		

⁶ Los pacientes que desean realizarse una cirugía de este tipo deben asistir como parte del protocolo obligatorio del Hospital Clínico de la Universidad de Chile a los policlínicos tanto de Nutrición, como de Cirugía y Psicología – Psiquiatría y el orden de asistencia es completamente azaroso, depende de a qué profesional haya recurrido primero el paciente.

4) Instrumentos

Escala ELCE⁷: Escala tipo Likert cuyo objetivo fue evaluar la variable locus de control en pacientes obesos frente a la conducta de comer y de engordar. La prueba, que es autoadministrable, fue pensada en un comienzo con 5 alternativas de respuesta⁸, sin embargo se decidió eliminar la categoría neutra para evitar la posibilidad de que los sujetos tendiesen a evadirse de responder eligiendo tal categoría, quedando así una escala de elección forzada.

En base a la información bibliográfica recopilada acerca de Locus de control, la variable contemplada en el instrumento fue *Percepción de control*. A partir de esta variable se realizó una subdivisión para abarcar los contenidos relevantes para la prueba, quedando dividida en: *Percepción de control respecto a comer* (PCC) y *percepción de control respecto a engordar y adelgazar* (PCEA). Ésta última se entiende como un continuo, pero para fines de desarrollar los ítemes de la prueba se subdividió en otras dos subvariables: *Percepción de control respecto a engordar* (PCE) y *percepción de control respecto a adelgazar* (PCA). Cada una de estas variables contiene ítemes que apuntan a medir tanto el locus de control interno (LCI) como el locus de control externo (LCE) (Ver Cuadro N°2) Las variables se describen a continuación:

Percepción de control respecto a comer (PCC): Se entiende como el proceso de organizar e interpretar la información recibida por el sujeto acerca de la posibilidad de controlar o no controlar personalmente la conducta de comer.

Percepción de control respecto a engordar (PCE): Se entiende como el proceso de organizar e interpretar la información recibida por el sujeto acerca de la posibilidad de controlar o no controlar personalmente las causas que conducen al efecto de engordar.

Percepción de control respecto a adelgazar (PCA): Se entiende como el proceso de organizar e interpretar la información recibida por el sujeto acerca de la posibilidad de controlar o no controlar personalmente las causas que conducen al efecto de adelgazar.

⁷ Escala de Locus de control frente a la conducta de comer y engordar.

⁸ Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo.

Cuadro N° 2: Variables contempladas en el instrumento con el número de ítemes.

PERCEPCIÓN DE CONTROL					
PCC (24)			PCEA (36)		
LCE (13)		LCI (11)	PCE (18)		PCA (18)
LCE		LCI	LCE	LCI	LCI
(14)		(4)	(6)	(12)	

En su aspecto formal, esta escala es una prueba de carácter verbal, objetiva, de papel y lápiz, que incluye ítemes representativos de las variables mencionadas. De acuerdo a su forma de administración es una prueba colectiva y en cuanto a su tiempo de administración es una prueba de potencia⁹. De acuerdo a su contenido es una prueba de comportamiento típico y fue construida por enlace lógico. La dificultad de lo anterior es que para que exista una relación estrecha entre lo que el ítem mide y lo que se pretende medir, éstos pueden quedar muy evidentes y los sujetos pueden contestar por deseabilidad social o incurrir en sabotaje. Por lo anterior se incluyó en las instrucciones de la escala ELCE que se trataba de un trabajo de título y que se tratarían con absoluta confidencialidad los datos recogidos en la investigación.

Los ítemes fueron desarrollados a partir de la revisión bibliográfica acerca de Locus de Control y a la observación clínica de estos pacientes en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. En base tanto al análisis de la validez de contenido como a la aplicación piloto el total de ítemes de la escala fue de 60 ítemes, 31 ítemes de locus de control externo y 29 de locus de control interno; 31 negativos y 29 positivos. Los ítemes agrupados por variable se presentan en el Anexo I.

De los ítemes de locus de control externo 19 comprenden la dimensión *locus de control externo mediado por Otros Relevantes* y 12 la dimensión *locus de control mediado por la suerte o Externos auténticos*. Para apreciar los ítemes, ver Anexo I.

⁹ En promedio, los sujetos se demoraban entre 7 y 12 minutos en contestar la Escala ELCE.

5) Procedimientos

El conjunto de operaciones y acciones que se llevó a cabo para obtener los datos del estudio y realizar el análisis correspondiente fue el siguiente:

1) Recopilación de información relativa a Locus de Control. Se recogió información tanto teórica como empírica relevante al tema de estudio.

2) Análisis de las variables más relevantes con relación a la variable Locus de Control. En base a la información recopilada, se efectuó una selección de las variables que se relacionaban más significativamente con la variable de interés.

3) Construcción de ítemes para cada una de las variables de estudio.

4) Análisis de la validez de contenido de los ítemes de acuerdo al criterio de jueces expertos. Se entregó la totalidad de ítemes construidos a 7 jueces expertos, con la finalidad de evaluar si los ítemes eran representativos de las variables.

5) Corrección del instrumento en base a las observaciones efectuadas por los jueces.

6) Aplicación piloto del instrumento a una muestra accidental del colectivo con el fin de evaluar la comprensión formal y semántica de los ítemes, las instrucciones y el tiempo de aplicación.

7) Modificaciones a los ítemes de la prueba según el análisis de la prueba piloto.

8) Aplicación experimental del instrumento a la muestra definida para el estudio.

9) Análisis de resultados de la aplicación experimental, realizándose un análisis cuantitativo de los resultados para obtener evidencias de confiabilidad y validez.

10) Análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos de la prueba de hipótesis, y elaboración de las conclusiones finales.

VI. RESULTADOS

1) Evaluación de la Validez de Contenido de la Escala ELCE

Para estimar la validez de contenido de la escala construida, se trabajó con el método de jueces expertos. A partir de su análisis se determinó que el contenido de los ítemes era representativo de cada variable. Hubo un 100% de acuerdo con relación a los ítemes, y sólo un juez consideró que un ítem de la escala no era representativo y se cambió, por lo que, si bien el ítem obtuvo un 86% de aprobación, se consideró lo expresado por el juez.

En relación a las variables, no se efectuaron modificaciones. En cuanto a los ítemes, se consideró apropiado modificar semánticamente aquellos cuya redacción podría ser considerada ambigua. Los cambios fueron mínimos¹⁰ (24 ítemes) y se eliminó un ítem por tener una redacción muy similar a otro. Además se agregó un ítem nuevo de Locus de Control Interno ya que se abarcaba un contenido (ejercicio) sólo con uno de Locus de Control Externo.

Se decidió conservar como parte del instrumento ítemes redundantes en su contenido para observar su comportamiento en el posterior Análisis de ítemes.

A partir de estas correcciones, el total de ítemes de la escala fue de 60 ítemes, 31 ítemes de locus de control externo y 29 de locus de control interno (Ver Anexo II).

2) Evaluación de la aplicación piloto

Tras realizar la validación de contenido y sus respectivas modificaciones, se llevó a cabo una aplicación piloto de la escala con la finalidad de evaluar la comprensión formal y semántica tanto de los ítemes como de las instrucciones, además del tiempo de aplicación del instrumento.

Se encontró que los pacientes sometidos a la aplicación piloto refirieron que dos de los ítemes de la escala (n° 57 y 58) les resultaban poco claros, por lo que fueron modificados.

El primero originalmente decía: *“En mi trabajo (o lugar de estudio) hay mucha tentación para comer y picar cosas que me engordan”* y se cambió por: *“En mi trabajo (o lugar de estudio) habitualmente hay muchas cosas para comer y picar con las que me*

¹⁰ Cambios de proposiciones, de una palabra por su sinónimo y agregar o quitar comas en la redacción de los reactivos.

tiento, y entonces como". Esto porque los pacientes daban cuenta de una dificultad al momento de contestar manifestando que tenían la experiencia de la tentación pero que no llegaban a concretar la conducta de comer.

Por su parte, el ítem 58 decía: *"Lo bueno de la gente que se hace la cirugía para bajar de peso es que puede comer de todo pero poquito"* y se cambió por: *"Lo bueno de la gente que se hace la cirugía para bajar de peso es que se dice que se puede comer de todo pero poquito"*. En este caso, la razón de la modificación se debió a que los pacientes manifestaban una dificultad para contestar el ítem, aludiendo que no tenían conocimiento respecto de si efectivamente la cirugía para la obesidad provocaba el efecto que el reactivo afirmaba (Para ver el instrumento completo, ver Anexo III).

Por otra parte, uno de los pacientes que fue parte de esta primera aplicación, sufrió enormes dificultades para responder la escala ya que no lograba identificar la alternativa correcta, específicamente cuando se enfrentaba a ítems negativos. Ello llevó a tomar la determinación de elaborar un accesorio a la escala con imágenes de rostros contentos y descontentos con la finalidad de dicotomizar las respuestas en aquellos sujetos que en la aplicación experimental pudiesen presentar esta misma dificultad¹¹. Además se decidió incluir como dato adicional el nivel de escolaridad en años de estudio¹² de los sujetos que contestaban la escala para enriquecer el análisis y observar el comportamiento de las respuestas en cuanto a esta variable.

3) Características de la Muestra:

La unidad de análisis del estudio fueron los sujetos que participaron en la investigación entre los meses de marzo y junio del año 2007.

Las muestras con las que se trabajó no sufrieron variaciones en cuanto al número de sujetos que se estableció en un comienzo (64), pero si en cuanto a las edades que conformaron ambas muestras.

En cuanto a la primera, constituida por 32 pacientes obesos, mujeres y hombres que buscan tratamiento quirúrgico (T.Q.) para bajar de peso; en el grupo de las mujeres las edades fluctuaron entre los 21 y 39 años en el grupo de las mujeres menores, y entre

¹¹ Este accesorio a la prueba no se utilizó en la Aplicación Experimental.

¹² El corte se realizó en los 13 años de estudio.

42 y 59 años en el grupo de las mujeres mayores. En el caso de los hombres¹³ de este mismo grupo, las edades fluctuaron entre 30 y 37 años en el grupo de los menores y entre 42 y 68 años en el grupo de los mayores.

Con respecto a la segunda muestra, conformada por 32 pacientes obesos, mujeres y hombres que buscan tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso (T.M.); en el grupo de las mujeres, el rango de edades fluctuó entre los 20 y 39 años en el grupo de las mujeres menores, y entre 42 y 60 años en el grupo de las mujeres mayores. En cuanto a las edades de los hombres de este grupo, fluctuó entre los 21 y 39 años en el grupo de los menores y entre 42 y 63 en el grupo de los mayores. (Ver Cuadros N°3 y N°4).

Cuadro N°3: Cuadro comparativo de edades con los principales estadísticos de frecuencia de mujeres en ambas muestras de pacientes.

Mujeres Menores T. M.					Mujeres Menores T. Q.				
<i>Promedio</i>	<i>D.Est.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Promedio</i>	<i>D.Est.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
30,75	6,71	31	20	39	28,75	6,18	29	21	39
Mujeres Mayores T. M					Mujeres Mayores T. Q.				
<i>Promedio</i>	<i>D.Est.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Promedio</i>	<i>D.Est.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
51,63	6,95	52,5	41	60	50,38	6,41	51,5	42	59

¹³ Se debe aclarar que por la insuficiente concurrencia de pacientes obesos de sexo masculino se flexibilizaron los rangos de edad de los mismos en ambas muestras. Además se permitió la recolección de pacientes con las mismas edades.

Cuadro N°4: Cuadro comparativo de edades con los principales estadísticos de frecuencia de hombres en ambas muestras de pacientes.

Hombres Menores T. M.						Hombres Menores T. Q.					
<i>Promedio</i>	<i>D.Est</i>	<i>Moda¹⁴</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máy.</i>	<i>Promedio</i>	<i>D.Est</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máy.</i>
33	7,65	39	36	21	39	32,38	2,20	32	32	30	37
Hombres Mayores T. M.						Hombres Mayores T. Q.					
<i>Promedio</i>	<i>D. Est.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máy.</i>	<i>Promedio</i>	<i>D. Est.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máy.</i>		
51	6.41	50	42	63	54,38	9,71	52	42	68		

En cuanto al nivel de escolaridad medido en años de estudio, a continuación se muestra un cuadro comparativo de los años de escolaridad en mujeres y hombres de tratamiento médico y de tratamiento quirúrgico.

Cuadro N 5°: Cuadro comparativo años de estudio muestra total, en cantidad de personas.

		Escolaridad (en años)	
		<i>Menos de 13 años</i>	<i>Más de 13 años</i>
MUJERES	<i>T. M.</i>	9	7
	<i>T. Q.</i>	6	10
HOMBRES	<i>T. M.</i>	5	11
	<i>T. Q.</i>	4	12

¹⁴ Sólo en el grupo de los hombres menores tanto del T. Médico como del T. Quirúrgico se pudo calcular la Moda, esto porque todos los demás pacientes que participaron en la investigación, tenían edades diferentes.

4) Características Psicométricas de la Escala ELCE:

4.1.) Análisis descriptivo:

Previo al análisis de ítems, se obtuvieron los principales estadísticos de frecuencia de la escala, entregando como resultado un puntaje máximo de 219 y un puntaje mínimo de 147, moda y mediana de 173, promedio de 174,66 y desviación estándar de 13,29. Los valores arrojados entregan como resultado una distribución que no se diferencia significativamente de la normal.

Una vez eliminados los ítems de la prueba, el puntaje máximo fue de 139 y el puntaje mínimo de 83, moda de 101, mediana de 105, promedio de 107,06 y desviación estándar de 10,83. Estos valores a su vez, entregan una distribución que resulta levemente asimétrica positiva (es decir, que los puntajes están levemente inclinados hacia los puntajes más bajos). Para ver al análisis descriptivo por ítem de la muestra total de sujetos y de la comparación de cada uno de los grupos, ver Anexos IV y V.

4.2.) Evaluación del Grado de atractivo de los ítems de la Escala ELCE:

El grado de atractivo significa el grado de aceptación que tienen los ítems de una prueba, el que se expresa como porcentaje.

El grado de atractivo que los reactivos se espera tengan para mejor discriminar fluctúa entre 0,25 y 0,75. Los ítems que tienen un valor mayor a 0,75 son ítems altamente atractivos para el grupo y se considera están mostrando una característica propia del mismo.

Los ítems que se encontraban en el rango adecuado de grado de atractivo fueron los ítems: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 32, 34, 36, 37, 38, 43, 44, 48, 50, 55, 57, 58, dando un total de 32 ítems. Dentro de éstos, el mínimo grado de atractivo lo tuvo el ítem 14 con un 50% y el máximo lo tuvo el ítem 5 con un 75% de atractivo.

Por su parte, los ítems con un valor sobre 0,75 fueron: 3, 9, 11, 13, 19, 22, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 59, 60, dando un total de 28 ítems. El mínimo grado de atractivo lo compartieron el ítem 47 y el 54 con un 75,39% y el máximo fue de 88,67% para el ítem 40. Para ver el grado de atractivo de cada uno de los ítems de la prueba ver Anexo VI.

4.3.) Evaluación de la Capacidad de Discriminación de los ítemes de la Escala ELCE:

Para evaluar la capacidad de discriminación de los ítemes de la escala, se llevó a cabo la correlación ítem-test y correlación ítem-variable, obtenida a través del Coeficiente de correlación Pearson, en consideración que los resultados del instrumento se podían entender a un nivel intervalar de medición.

Para un $N= 64$; considerando un $\alpha=0,05$, el r crítico se estima en 0.245. Por lo tanto, se eliminaron de la prueba todos aquellos ítemes con un valor menor a éste, en consideración de no estar discriminando.

El principal criterio de eliminación que se utilizó fue la correlación ítem-variable, en segundo lugar la correlación ítem-test y, como tercer criterio el grado de atractivo de los ítemes. Este último no es un criterio de eliminación, sin embargo se utilizó para decidir qué ítemes quedaban en la prueba y cuáles se eliminaban en aquellos reactivos que eran muy similares y que su correlación ítem-test e ítem-variable, no sugería eliminarlos. Lo anterior porque en un primer momento se eliminaron los ítemes por correlación ítem-test e ítem-variable, quedando la prueba con 23 ítemes de locus de control externo y 18 de locus de control interno. Para que la prueba quedara con un número equivalente de ítemes que apuntaran a ambos tipo de locus de control, se procedió a eliminar reactivos tomando en cuenta el grado de atractivo del ítem.

De esta manera, se eliminaron de la escala original 24 ítemes, 20 por la correlación ítem-variable e ítem-test y 4 por grado de atractivo.

A continuación se presentan las tablas de los resultados con los ítemes por variable y por tipo de locus que miden (interno o externo), con el grado de atractivo, correlaciones (ítem-test, ítem variable) y los ítemes eliminados. El color amarillo en cada una de ellas marca las correlaciones bajo el valor requerido para la muestra (0.245) y grados de atractivo sobre el rango adecuado (mayor a 75%), para entender cómo se tomó la decisión de eliminar los ítemes de la escala.

Tabla N°1: Tabla de correlaciones ítem-test e ítem-variable para la variable Percepción de control respecto a comer (PCC) con sus ítemes de locus de control interno (LCI).

	Item 4	Item 9	Item 11	Item 13	Item 17	Item 19	Item 24	Item 26	Item 32	Item 47	Item 53	Item 56	Item 60
Grado de Atractivo	57,81%	84,77%	85,94%	77,73%	67,58%	78,52%	76,17%	72,27%	65,23%	75,39%	77,34%	77,73%	84,38%
Corr. Ítem Test	0,233	0,2469	0,1495	0,0975	0,5878	0,2723	0,1913	-0,0237	0,2684	0,3817	0,2309	-0,001	0,4724
Corr. Ítem Var PCC	0,3505	0,3922	0,3286	0,3014	0,5527	0,4481	0,3101	0,1723	0,2395	0,4409	0,2854	0,1218	0,4496
Corr. Ítem Var LCI	0,2429	0,4342	0,4098	0,3011	0,3698	0,3995	0,376	0,3004	0,2245	0,4367	0,6071	0,2659	0,6231
	Item eliminado			Item eliminado				Item eliminado	Item eliminado			Item eliminado	

Tabla N°2: Tabla de correlaciones ítem-test e ítem-variable para la variable Percepción de control respecto a comer (PCC) con sus ítemes de locus de control externo (LCE).

	Item 1	Item 7	Item 15	Item 21	Item 29	Item 35	Item 38	Item 41	Item 44	Item 50	Item 58
Grado de Atractivo	66,80%	71,09%	70,31%	71,48%	84,77%	79,30%	67,19%	79,69%	61,72%	57,81%	57,81%
Corr. Ítem Test	0,2546	0,299	0,4566	0,1527	0,4901	0,455	0,334	0,5543	0,4439	0,3064	0,4372
Corr. Ítem Var PCC	0,3471	0,2703	0,412	0,0386	0,416	0,5682	0,4433	0,4067	0,3249	0,4033	0,4315
Corr. Ítem Var LCE	0,4406	0,4706	0,422	0,3559	0,43	0,4169	0,226	0,4684	0,4566	0,3708	0,4168
				Item eliminado		Item eliminado	Item eliminado				

Tabla N°3: Tabla de correlaciones ítem-test e ítem-variable para la variable Percepción de control respecto a engordar (PCE) con sus ítemes de locus de control interno (LCI).

	Item 3	Item 18	Item 33	Item 59
Grado de Atractivo	76,56%	71,88%	82,03%	85,16%
Corr. Ítem Test	0,037	-0,1846	0,2932	0,2686
Corr. Ítem Var PCE	-0,1041	-0,0479	0,2225	0,2616
Corr. Ítem Var LCI	0,3758	0,0432	0,5003	0,5149
	Item eliminado	Item eliminado		

Tabla N°4: Tabla de correlaciones ítem-test e ítem-variable para la variable Percepción de control respecto a engordar (PCE) con sus ítemes de locus de control externo (LCE).

	Item 5	Item 10	Item 14	Item 23	Item 27	Item 30	Item 36	Item 39	Item 42	Item 45	Item 48	Item 51	Item 54	Item 57
Grado de Atractivo	75%	69,53%	50%	67,97%	62,11%	82,03%	67,97%	83,59%	83,59%	76,56%	59,77%	80,47%	75,39%	60,94%
Corr. Ítem Test	0,506	0,388	0,081	0,4537	0,0089	0,0521	0,2963	0,4219	0,3188	0,4379	0,5749	0,0847	0,5642	-0,0513
Corr. Ítem Var PCE	0,4924	0,4098	0,2061	0,6107	0,0855	0,1707	0,4042	0,4664	0,4618	0,4338	0,6189	0,3128	0,7506	0,2335
Corr. Ítem Var LCE	0,5022	0,4252	0,2562	0,5108	0,2022	0,1961	0,3094	0,3718	0,3267	0,5129	0,619	0,1697	0,673	0,2672
			Item eliminado		Item eliminado	Item eliminado		Item eliminado				Item eliminado	Item eliminado	Item eliminado

Tabla N°5: Tabla de correlaciones ítem-test e ítem-variable para la variable Percepción de control respecto a adelgazar (PCA) con sus ítemes de locus de control interno (LCI).

	Item 6	Item 12	Item 22	Item 28	Item 31	Item 37	Item 40	Item 43	Item 46	Item 49	Item 52	Item 55
Grado de Atractivo	57,81%	73,83%	88,28%	86,72%	77,34%	67,19%	88,67%	68,75%	85,55%	82,03%	87,50%	72,27%
Corr. Ítem Test	0,0761	0,3821	0,041	0,3054	0,4786	0,2661	0,4257	-0,0018	0,3174	0,3901	0,3347	0,1322
Corr. Ítem Var PCA	0,1554	0,563	0,0995	0,3101	0,6042	0,2789	0,5457	0,1362	0,3556	0,5067	0,3169	0,1533
Corr. Ítem Var LCI	0,1823	0,2995	0,334	0,3373	0,4823	0,2337	0,5089	0,2233	0,3988	0,6219	0,3587	0,1225
	Item eliminado		Item eliminado					Item eliminado				Item eliminado

Tabla N°6: Tabla de correlaciones ítem-test e ítem-variable para la variable Percepción de control respecto a adelgazar (PCA) con sus ítemes de locus de control externo (LCE)

	Item 2	Item 8	Item 16	Item 20	Item 25	Item 34
Grado de Atractivo	67,19%	63,67%	60,55%	55,86%	57,42%	66,41%
Corr. Ítem Test	0,2136	0,4386	0,4666	0,2551	0,2138	0,2101
Corr. Ítem Var PCA	0,2303	0,4771	0,496	0,276	0,3524	0,4703
Corr. Ítem Var LCE	0,3812	0,581	0,4721	0,4182	0,3942	0,3313
	Item eliminado				Item eliminado	Item eliminado

La prueba ensamblada quedó entonces compuesta en total por 36 ítems, 18 de locus de control externo y 18 de locus de control interno, 18 positivos y 18 negativos. Para la variable *Percepción de control respecto a comer* quedaron 16 ítems, 8 de locus de control externo y 8 de locus de control interno, en la variable *Percepción de control respecto a engordar*, 9 ítems, 7 de locus de control externo y 2 de locus de control interno; y como parte de la variable *Percepción de control respecto a adelgazar*, 11 ítems, 3 de locus de control externo y 8 de locus de control interno. Para ver los ítems que finalmente constituyen la prueba divididos por variable, ver Anexo VII.

Dentro de los ítems que apuntan al locus de control externo, quedaron 11 ítems de locus de control externo mediado por *Otros Relevantes* y 7 de locus de control externo mediado por la suerte o *Externos auténticos*. Para apreciar estos ítems, ver Anexo VII y para observar el instrumento ensamblado ver Anexo VIII.

Como se observa en el Cuadro N°6, la muestra de pacientes médicos obtuvo tanto en la totalidad de los ítems que apuntan al Locus de control externo, como en cada una de las subdivisiones de ítems – Otros Relevantes y Externos Auténticos – un puntaje mayor, en tanto la muestra de pacientes quirúrgicos obtuvo un puntaje menor. Se debe recordar que los ítems de locus de control externo son negativos y por lo tanto mientras más de acuerdo se está con un reactivo, se obtiene un puntaje más bajo.

Cuadro N°6: Cuadro de promedios de puntajes ítems que apuntan a LCE mediado por Otros Relevantes y de ítems que apuntan a LCE mediado por Externos auténticos.

<i>Promedio Total LCE (T.M.)</i>	52,13
<i>Promedio Total LCE (T.Q.)</i>	46,31
<i>Promedio LCE O.Relev.(T.M.)</i>	32,44
<i>Promedio LCE O.Relev.(T.Q.)</i>	29,03
<i>Promedio LCE Azar (T.M.)</i>	19,69
<i>Promedio LCE Azar (T.Q.)</i>	17,28

4.4) Confiabilidad de la Escala ELCE de acuerdo con el Coeficiente Alfa de Cronbach:

Luego de haber eliminado los ítemes no discriminativos de la prueba, se calculó su confiabilidad por consistencia interna, lo que se llevó a cabo a través del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, y entregando como resultado un índice de 0,83, superior al considerado como límite inferior adecuado en Psicometría (0,70) lo que apunta a que la prueba muestra ser consistente.

4.5) Aporte a la Validez de Constructo de la Escala ELCE:

Para el aporte a la validez de constructo se compararon los resultados obtenidos entre los dos grupos evaluados. Como la prueba no dio como resultado una distribución normal en sus puntajes se optó por trabajar con una prueba no paramétrica (U de Mann Whitney) para llevar a cabo este análisis. La asignación de puntajes se ordenó de forma que un mayor puntaje implicara mayor tendencia hacia un locus de control interno y menos puntaje una mayor tendencia hacia un locus de control externo.

Las variables a través de las cuales se llevó a cabo la división en grupos se asumieron en un nivel nominal (tipo de tratamiento, sexo, edad¹⁵), en tanto los resultados del instrumento se prefirió asumirlos a un nivel ordinal de medición.

A continuación se exponen los resultados obtenidos, divididos por tipo de tratamiento y luego la comparación de ambos. Además se presentan los datos que mostró el programa utilizado (SPSS 11.5).

¹⁵ Si bien la edad se encuentra en un nivel ordinal, al clasificar a los sujetos en mayores y menores de 40 años, se trata de manera nominal.

4.5.1) Muestra de pacientes de tratamiento médico:

a) **Comparación entre pacientes hombres y pacientes mujeres:** No se encuentran diferencias.

Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>Fem.</i>	16	16,34	261,50
<i>Masc.</i>	16	16,66	266,50
Total	32		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	125,500
<i>Wilcoxon W</i>	261,500
<i>Z</i>	-0,094
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,925
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,926(a)

Variable de agrupación: SEXO

b) **Comparación entre pacientes mayores y pacientes menores (Hombres y mujeres):** Aparecen diferencias significativas en los resultados del instrumento, con un error $\alpha = 0,02$; siendo los menores los que obtienen mayor puntaje.

Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>Menor</i>	16	20,31	325,00
<i>Mayor</i>	16	12,69	203,00
Total	32		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	67,000
<i>Wilcoxon W</i>	203,000
<i>Z</i>	-2,303
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,02
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,021(a)

Variable de agrupación: EDAD

c) Comparación entre pacientes mujeres mayores y pacientes mujeres menores: Se encuentran diferencias significativas en los resultados del instrumento, con un error $\alpha=0,024$. Las pacientes menores son las que obtienen mayor puntaje.

Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Menor	8	11,19	89,50
Mayor	8	5,81	46,50
Total	16		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	10,500
<i>Wilcoxon W</i>	46,500
<i>Z</i>	-2,263
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,024
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,021(a)

Variable de agrupación: EDAD

d) Comparación entre pacientes hombres mayores y pacientes hombres menores: No se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Menor	8	9,44	75,50
Mayor	8	7,56	60,50
Total	16		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	24,500
<i>Wilcoxon W</i>	60,500
<i>Z</i>	-0,792
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,429
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,442(a)

Variable de agrupación: EDAD

4.5.2) Muestra de pacientes de tratamiento quirúrgico:

a) Comparación entre pacientes hombres y pacientes mujeres: No se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>Fem.</i>	16	17,75	284,00
<i>Masc.</i>	16	15,25	244,00
Total	32		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	108,000
<i>Wilcoxon W</i>	244,000
<i>Z</i>	-0,756
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,449
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,468(a)

Variable de agrupación: SEXO

b) Comparación entre pacientes mayores y pacientes menores (Hombres y mujeres): No se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>Menor</i>	16	17,63	282,00
<i>Mayor</i>	16	15,38	246,00
Total	32		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	110,000
<i>Wilcoxon W</i>	246,000
<i>Z</i>	-0,681
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,496
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,515(a)

Variable de agrupación: EDAD

c) Comparación entre pacientes mujeres mayores y pacientes mujeres menores: No se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Menor	8	9,00	72,00
Mayor	8	8,00	64,00
Total	16		

Estadísticos de Contraste

Mann-Whitney U	28,000
Wilcoxon W	64,000
Z	-0,424
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,672
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0,721

Variable de agrupación: EDAD

d) Comparación entre pacientes hombres mayores y pacientes hombres menores: No se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Menor	8	9,13	73,00
Mayor	8	7,88	63,00
Total	16		

Estadísticos de Contraste

Mann-Whitney U	27,000
Wilcoxon W	63,000
Z	-0,526
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,599
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0,645(a)

Variable de agrupación: EDAD

4.5.3) Comparación entre la muestra de pacientes de tratamiento médico y la muestra de pacientes de tratamiento quirúrgico:

a) Comparación entre pacientes en tratamiento médico y pacientes en tratamiento quirúrgico: (Total, hombres y mujeres): Se encuentran diferencias significativas en los resultados del instrumento, con un error $\alpha = 0,001$. Obtienen un mayor puntaje los pacientes en tratamiento médico.

Tipo de Tratamiento	N	Rango Promedio	Suma de rangos
T.M.	32	40,55	1297,50
T.Q.	32	24,45	782,50
Total	64		

Estadísticos de Contraste

Mann-Whitney U	254,500
Wilcoxon W	782,500
Z	-3,461
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,001(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

b) Comparación entre pacientes mujeres de tratamiento médico con pacientes mujeres de tratamiento quirúrgico: No se encuentran diferencias significativas, en tanto se aprecia una tendencia a estas diferencias, al obtenerse los resultados con un error $\alpha = 0,073$. Asumiendo este error, los mayores puntajes los alcanzan las pacientes mujeres en tratamiento médico.

Tipo de Tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
T.M.	16	19,47	311,50
T.Q.	16	13,53	216,50
Total	32		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	80,500
<i>Wilcoxon W</i>	216,500
<i>Z</i>	-1,793
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,073
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,073(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

c) Comparación entre el total de pacientes menores de tratamiento médico con el total de pacientes menores de tratamiento quirúrgico: Se encuentran diferencias significativas en los resultados del instrumento, con un error $\alpha = 0,001$. Obtienen un mayor puntaje los pacientes del tratamiento médico.

Tipo de Tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>T.M.</i>	16	22,13	354,00
<i>T.Q.</i>	16	10,88	174,00
Total	32		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	38,000
<i>Wilcoxon W</i>	174,000
<i>Z</i>	-3,397
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,001
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,000(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

d) Comparación entre el total de pacientes mayores de tratamiento médico con el total de pacientes mayores de tratamiento quirúrgico: No se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Tipo de Tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
T.M.	16	19,13	306,00
T.Q.	16	13,88	222,00
Total	32		

Estadísticos de Contraste

Mann-Whitney U	86,000
Wilcoxon W	222,000
Z	-1,585
Asymp. Sig. (2 - tailed)	0,113
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0,119(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

e) Comparación entre pacientes mujeres menores de tratamiento médico y pacientes mujeres menores de tratamiento quirúrgico: Se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos, con un error $\alpha = 0,006$, obteniendo un mayor puntaje las mujeres menores de tratamiento médico.

Tipo de Tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
T.M.	8	11,75	94,00
T.Q.	8	5,25	42,00
Total	16		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	6,000
<i>Wilcoxon W</i>	42,000
<i>Z</i>	-2,741
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,006
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,005(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

f) Comparación entre pacientes mujeres mayores de tratamiento médico y pacientes mujeres mayores de tratamiento quirúrgico: No se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Tipo de Tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>T.M.</i>	8	8,69	69,50
<i>T.Q.</i>	8	8,31	66,50
Total	16		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	30,500
<i>Wilcoxon W</i>	66,500
<i>Z</i>	-1,158
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,874
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,878(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

g) Comparación entre pacientes hombres de tratamiento médico con pacientes hombres de tratamiento quirúrgico: Se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos, con un error $\alpha= 0,002$, obteniendo un mayor puntaje los hombres de tratamiento médico.

Tipo de Tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
T.M.	16	21,53	344,50
T.Q.	16	11,47	183,50
Total	32		

Estadísticos de Contraste

Mann-Whitney U	47,500
Wilcoxon W	183,500
Z	-3,037
Asymp. Sig. (2 - tailed)	0,002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0,002(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

h) Comparación entre pacientes hombres menores de tratamiento médico y pacientes hombres menores de tratamiento quirúrgico: No se encuentran diferencias significativas, en tanto se aprecia una tendencia a estas diferencias, al obtenerse los resultados con un error $\alpha= 0,052$. Asumiendo este error, los mayores puntajes los alcanzan los hombres menores de tratamiento médico.

Tipo de Tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
T.M.	8	10,81	86,50
T.Q.	8	6,19	49,50
Total	16		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	13,500
<i>Wilcoxon W</i>	49,500
<i>Z</i>	-1,947
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,052
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,050(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

i) Comparación entre pacientes hombres mayores de tratamiento médico y pacientes hombres mayores de tratamiento quirúrgico: Se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos, con un error $\alpha=0,024$, obteniendo un mayor puntaje los hombres mayores de tratamiento médico.

Tipo de Tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>T.M.</i>	8	11,19	89,50
<i>T.Q.</i>	8	5,81	46,50
Total	16		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	10,500
<i>Wilcoxon W</i>	46,500
<i>Z</i>	-2,261
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,024
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,021(a)

Variable de agrupación: TIPO DE TRATAMIENTO

4.5.4) Comparación entre nivel educacional (medido en cantidad de años de estudio):

Se debe recordar que la variable nivel educacional se agregó luego de la aplicación piloto, para ver si se observaba alguna diferencia respecto de los pacientes que tienen más años de estudio con los que tienen menos, esto porque se observó que los sujetos que asistían al hospital clínico de la Universidad de Chile eran muy heterogéneos en ese sentido. El corte educacional se realizó en los 13 años de estudio.

En primer lugar, se comparó a los sujetos con menos de 13 años de estudio con los sujetos con más de 13 años de estudio, lo anterior se realizó en total, sin diferenciar por tratamiento. Se encontró que no existían diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos fueron:

<i>Nivel educacional</i>	<i>N</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Suma de rangos</i>
<i>Menos de 13 años</i>	24	28,96	695,00
<i>Más de 13 años</i>	40	34,63	1385,00
Total	64		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	395,000
<i>Wilcoxon W</i>	695,000
<i>Z</i>	-1,1801
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,238(a)

Variable de agrupación: NIVEL EDUCACIONAL

En segundo lugar se buscaron diferencias en cada una de las dos muestras, encontrándose en la muestra de pacientes de tratamiento médico que no existían diferencias significativas en los resultados obtenidos. En el caso de la muestra de pacientes de tratamiento quirúrgico tampoco se encontraron diferencias, pero si una tendencia a ella, asumiendo un error $\alpha=0,055$.

Cálculos de la muestra de pacientes en Tratamiento Médico:

Nivel educacional	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>Menos de 13 años</i>	14	15,61	218,50
<i>Más de 13 años</i>	18	17,19	309,50
Total	32		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	113,500
<i>Wilcoxon W</i>	218,500
<i>Z</i>	-0,476
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,634
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,639(a)

Variable de agrupación: NIVEL EDUCACIONAL

Cálculos de la muestra de pacientes en Tratamiento Quirúrgico:

Nivel educacional	N	Rango promedio	Suma de rangos
<i>Menos de 13 años</i>	10	11,80	118,00
<i>Más de 13 años</i>	22	18,64	410,00
Total	32		

Estadísticos de Contraste

<i>Mann-Whitney U</i>	63,000
<i>Wilcoxon W</i>	118,000
<i>Z</i>	-1,917
<i>Asymp. Sig. (2 - tailed)</i>	0,055
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	0,058(a)

Variable de agrupación: NIVEL EDUCACIONAL

4.5.5) Elaboración de Normas Provisorias para la Escala ELCE

Se realizó adicionalmente a lo propuesto al inicio de este trabajo un diagrama de caja, que es un gráfico basado en los cuartiles, que da cuenta de la simetría de la distribución y que permite definir la idea de dato atípico dentro de una distribución de puntajes. En éste, se ordenan los sujetos con respecto a su puntaje total, tomando el 25% de los sujetos con los puntajes más altos (Q3) y el 25% (Q1) con los puntajes más bajos. De esta manera se puede saber el lugar exacto que ocuparon los pacientes que contestaron la prueba, respecto de su locus de control.

Así, para el grupo de pacientes de tratamiento médico se elaboró el diagrama de caja considerando las variables tipo de tratamiento y edad, ya que existieron diferencias significativas en los puntajes obtenidos entre los pacientes mayores y menores en total. No se consideró la variable género ya que no se encontraron diferencias significativas al respecto.

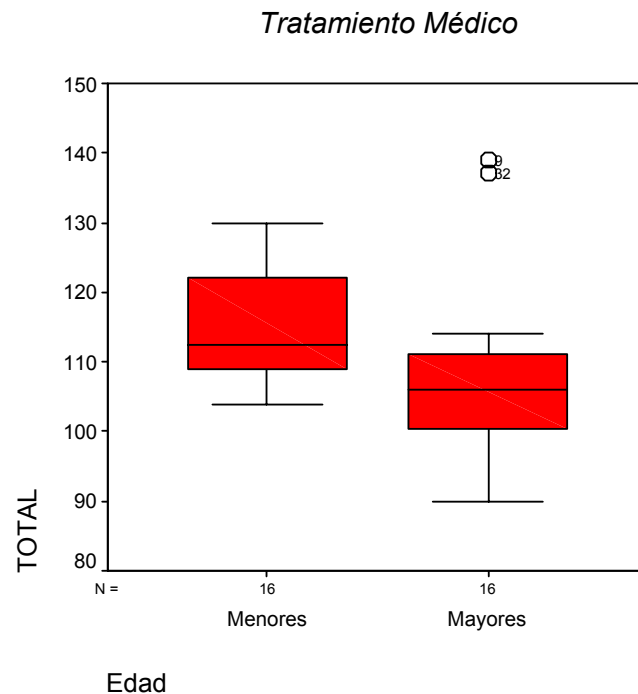
En el caso del grupo de pacientes quirúrgicos, se llevó a cabo el análisis considerando solamente el tipo de tratamiento, ya que en este grupo no se encontraron diferencias en ninguna de las comparaciones realizadas.

A continuación se presentan los estadísticos para cada uno de los grupos en estudio con el percentil 25 y 75 y sus respectivos diagramas de caja.

Estadísticos y Diagrama de Cajas para pacientes en Tratamiento Médico:

Estadísticos

Tipo de Tratamiento		Edad			
			Menores	Mayores	
Médico	N	Válidos	16	16	
		Perdidos	0	0	
	Media		114,88	108,19	
	Mediana		112,50	106,00	
	Moda		104(a)	97(a)	
	Desv. típ.		8,277	13,167	
	Mínimo		104	90	
	Máximo		130	139	
	Percentiles	25		109,00	100,25
		75		122,50	111,50



Con estos datos se puede apreciar que, dentro de los pacientes menores, todos los sujetos que alcanzaron un puntaje en la prueba que se encuentra bajo el puntaje igual a 109 (percentil 25), representan un locus de control externo. Por su parte, todos los sujetos menores que obtuvieron un puntaje que se encuentra por sobre 122,50 (percentil 75), representan un locus de control interno.

En el caso de los pacientes mayores de este mismo grupo, se encontró que los sujetos que obtuvieron un puntaje menor a 100, 25 (percentil 25) y los que alcanzaron un puntaje mayor a 111,50 (percentil 75), representan un locus de control externo e interno, respectivamente.

El 50% central de los casos se apreciarían los sujetos que no presentarían un locus de control tan marcadamente interno o externo o que se podría calificar de promedio.

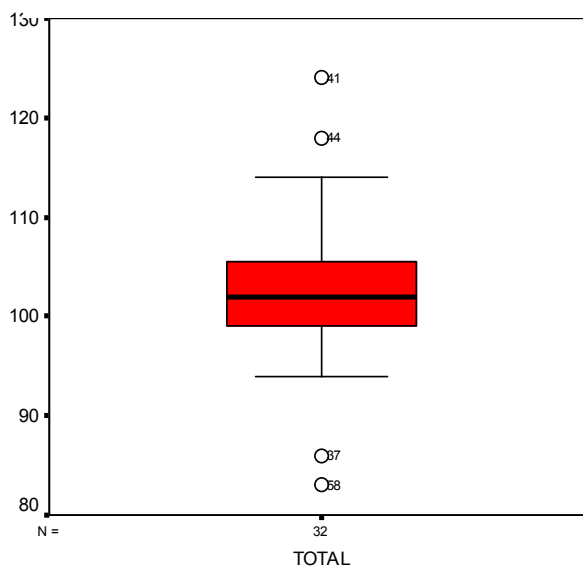
Estadísticos y Diagrama de cajas para pacientes en Tratamiento Quirúrgico:

Estadísticos

Quirúrgico	N	Válidos	32
		Perdidos	0
	Media		102,59
	Mediana		102,00(a)
	Moda		103
	Desv. típ.		8,292
	Mínimo		83
	Máximo		124
	Percentiles	25	99,00(c)
		75	105,67

TOTAL

Tratamiento Quirúrgico



Ahora bien, en el caso del grupo de pacientes que reciben tratamiento quirúrgico, no se realizó una segmentación por edad como en el grupo médico, ya que en este grupo no se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos. Así, se aprecia que todos los pacientes de este tratamiento que obtuvieron un puntaje menor a 99 (percentil 25) representan un locus de control externo. A su vez, todos aquellos que

alcanzaron un puntaje en la prueba por sobre 105,67 (percentil 75), constituyen pacientes con un locus de control interno.

El 50% central de los casos entregaría información respecto de pacientes que no presentarían un locus de control tan marcadamente interno o externo.

A partir de lo anterior se elaboraron normas provisionales para el instrumento construido, las cuales pueden apreciarse en el Anexo IX, separadas por grupo de tratamiento y las variables consideradas en cada uno de los grupos.

Lo anterior proporciona información relevante acerca de los pacientes obesos que participaron en la investigación, ya que permite estimar los valores de los puntajes individuales con relación a otros puntajes de la misma distribución, y saber si el locus de control que presentan es más interno o externo. Esta información permitiría prever en una primera instancia, cuando los sujetos buscan un tratamiento para bajar de peso, como se evidenciaría su locus de control y consecuentemente, prever las estrategias de abordaje de su tratamiento.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En cuanto a los objetivos planteados al comienzo de esta investigación, se desarrolló el instrumento psicológico de evaluación de la variable locus de control, o sea de la expectativa de control de los pacientes estudiados respecto a la conducta tanto de comer como de engordar, y la comparación de los puntajes obtenidos en las dos muestras de pacientes propuestas: pacientes obesos que buscaban tratamiento médico convencional no farmacológico para bajar de peso y pacientes obesos que buscaban tratamiento quirúrgico con el mismo objeto.

Se sistematizaron conceptualmente tanto los antecedentes teóricos revisados como las observaciones clínicas que tenían relación con el locus de control, a partir de las cuales se desarrollaron los reactivos correspondientes a las variables, al mismo tiempo que se validó de contenido el instrumento desarrollado.

Se obtuvo evidencia de confiabilidad por consistencia interna para la prueba, encontrándose que, para la muestra en estudio, la confiabilidad de la escala resultó mayor a la considerada en Psicometría como adecuada ($\alpha > 0,83$).

El instrumento construido para este trabajo se validó por dos vertientes. Por una parte se realizó la validez de contenido, a través de lo que los jueces expertos expresaron respecto a la prueba, y por otra parte se aportó a la validez de constructo a través de las diferencias encontradas y, además se entrega un aporte teórico al conocimiento con relación a la prueba en aquellos casos en que no se encontraron diferencias.

Respecto de la descripción de los pacientes en sus resultados, en el caso de la muestra de pacientes médicos, se encontró que no existieron diferencias entre los hombres y las mujeres del grupo. Tampoco se encontraron en el caso de los hombres, entre los mayores y menores. Sin embargo, si se encontraron diferencias entre la totalidad de los pacientes mayores y menores, obteniendo estos últimos un locus de control interno más alto. Lo mismo ocurrió en el caso de la comparación entre mayores y menores, en el grupo de las mujeres. Al parecer influiría más la edad que el género en las diferencias

obtenidas, tendiendo a ser los pacientes de menor edad los que obtienen un puntaje más alto, reflejando así un locus de control interno mayor.

Por otra parte, es importante recalcar que en todos los casos en que se encontraron diferencias significativas entre los resultados de ambos tipos de tratamiento, se obtuvo un mayor puntaje en los pacientes de tratamiento médico. Lo anterior podría considerarse como evidencia para reafirmar el supuesto que motivó esta investigación, y que es que los pacientes médicos tenderían a obtener un mayor locus de control interno y los quirúrgicos un mayor locus de control externo, respecto a las conductas de comer, engordar y adelgazar y que por lo tanto, los pacientes que tienen locus de control interno podrían bajar de peso enmarcados en un tratamiento de tipo médico, en tanto los otros pacientes tenderían a buscar opciones más externas -la cirugía- para hacerlo.

En cuanto al grupo de pacientes quirúrgicos, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las comparaciones realizadas. De esta manera, en estos pacientes ni la edad ni el género influiría en las diferencias en los resultados.

Respecto a las hipótesis planteadas en esta investigación, se aportó evidencia a favor de la H1 planteada, cuando se encontraron diferencias significativas en los resultados del instrumento de locus de control entre los pacientes obesos que buscaban tratamiento médico convencional y los pacientes obesos que buscaban tratamiento quirúrgico para bajar de peso, obteniéndose un mayor puntaje en la muestra de pacientes médicos y uno menor en la muestra de pacientes quirúrgicos. El mayor puntaje obtenido muestra una tendencia de los primeros hacia un locus de control interno. El menor puntaje en los segundos, muestra una tendencia hacia un locus de control externo. Con lo anterior, se confirma la hipótesis número uno planteada para este trabajo.

Respecto a la H2 que formulaba se encontrarían diferencias significativas en los resultados del instrumento de locus de control entre los pacientes hombres y mujeres, se observó que tanto en la muestra de pacientes de tratamiento médico como en la muestra de pacientes quirúrgicos, no se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos en la prueba entre hombres y mujeres. Esto muestra que se trataría de dos

grupos que se comportan de manera homogénea en cuanto a la variable género, sin influir el tipo de tratamiento del que son parte.

Luego, se procedió a comparar si entre las mujeres del tratamiento médico con las del tratamiento quirúrgico se expresaban diferencias, encontrándose que éstas no alcanzan a ser significativas, al obtenerse con los resultados un error $\alpha=0,073$. Asumiendo este error mayor, sólo es posible referirse a tendencias y no diferencias, encontrándose así que las pacientes mujeres de tratamiento médico obtuvieron un puntaje más alto que las pacientes mujeres de tratamiento quirúrgico, lo que mostraría una tendencia de las mujeres de tratamiento médico hacia un locus de control interno. Podría hablarse entonces de una tendencia de estas últimas, a pensar y comportarse con un locus de control interno, en los ámbitos estudiados. Y, en cambio, las pacientes de tratamiento quirúrgico tenderían a hacerlo como resultado de fuerzas externas a ellas mismas, con un locus de control externo.

La misma comparación se realizó entre los hombres de tratamiento médico con los hombres de tratamiento quirúrgico, encontrándose diferencias significativas en los resultados obtenidos, y consiguiendo un mayor puntaje los pacientes del tratamiento médico, por lo tanto una mayor tendencia a un locus de control interno. Así, los hombres de tratamiento quirúrgico pensarían que las conductas de comer, engordar y adelgazar, serán producto de fuerzas más bien incontrolables por ellos mismos, comportándose en concordancia con ello, y diferenciándose del grupo de pacientes hombres de tratamiento médico, que según los resultados encontrados, funcionarían de manera opuesta al primero.

De este modo, con los resultados obtenidos no es posible aportar evidencia que confirme la H2 tal como fue formulada. No obstante al segregarse el grupo de acuerdo con la variable género, si aparecen estas diferencias, dadas por los resultados del grupo de hombres.

En cuanto a la H3 que enunciaba se encontrarían diferencias significativas en los resultados del instrumento de locus de control entre los pacientes mayores y menores, se observó que en la muestra de pacientes médicos, se encontraron diferencias significativas en los resultados del instrumento entre los pacientes mayores y menores, en total, siendo

los sujetos menores los que obtuvieron un mayor puntaje en la prueba, por lo tanto, una tendencia mayor hacia un locus de control interno que los pacientes mayores. También se encontraron diferencias entre las mujeres mayores y menores, obteniendo un mayor puntaje las mujeres menores. En el caso de los hombres mayores y menores de este mismo grupo, no se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos. El hecho de que los pacientes menores hayan obtenido un puntaje más alto en comparación con los mayores podría deberse a que estos últimos llevan más tiempo sin poder lograr bajar de peso, cargan a costas un gran número de fracasos en tal intento, han fallado en el control y desde este punto de vista se entiende que en los pacientes obesos de mayor edad se haya encontrado una mayor tendencia hacia un locus de control más externo. Por el contrario, los pacientes jóvenes, que buscan embarcarse en un tratamiento, han tomado conciencia más tempranamente, y además experimentan más cercanamente la presión cultural hacia la delgadez propia de las sociedad actual en la que viven y de la que son parte, la fuerte influencia de los medios de comunicación por el culto al cuerpo y el canon estético de la delgadez como sinónimo de éxito.

Ahora bien, el hecho de que sí se hayan encontrado diferencias entre las mujeres mayores con las menores, pero no en los hombres mayores y menores, podría tener relación con que la presión cultural por un cuerpo delgado sería mucho más potente para las mujeres, en cuanto que a los hombres no se les condena socialmente tanto como a las primeras que tengan sobrepeso.

En la muestra de pacientes quirúrgicos, no se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos en el instrumento entre los pacientes mayores y menores, en total. Tampoco se encontraron entre las mujeres mayores y menores, ni entre los hombres mayores y menores de este mismo grupo. Lo anterior podría entenderse pensando en que este grupo sería mucho más homogéneo que el grupo de pacientes médicos, y en donde ni la variable género ni la variable edad parecieran marcar ninguna diferencia en cuanto al locus de control. No obstante, el hecho de que estas diferencias si se observen al comparar el grupo de pacientes quirúrgicos con el de pacientes médicos, hace pensar que el no haber encontrado diferencias significativas en los resultados del instrumento a nivel de intragrupo pueda deberse a que los pacientes quirúrgicos son mucho más homogéneos y que lo más relevante sería el hecho de que

buscan una opción aparentemente más alejada de su voluntad, algo externo, una cirugía, para bajar de peso.

Respecto de la comparación entre la muestra de pacientes de tratamiento médico y la muestra de pacientes de tratamiento quirúrgico, si se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos en el instrumento entre los pacientes menores del tratamiento médico con los pacientes menores de tratamiento quirúrgico, obteniendo un mayor puntaje los pertenecientes al tratamiento médico. En el caso de los pacientes mayores, no se encontraron diferencias significativas. Al parecer, en el caso de los pacientes menores, se encontraría una diferencia por tipo de tratamiento, en cambio esta diferencia no se encontraría en el caso de los pacientes mayores. Ahora bien, si se piensa que el grupo de pacientes quirúrgicos se presenta mucho más homogéneo que el grupo médico, y que en este último existieron diferencias entre los pacientes mayores y menores, encontrándose que los mayores obtenían un locus de control externo, podría pensarse que el no haber encontrado estas diferencias en la comparación de ambos grupos, podría deberse más a la edad (mayor tiempo intentando bajar de peso y fracasando) que al tipo de tratamiento. Además, podría hipotetizarse que en los pacientes mayores haya existido una influencia de tipo cultural para los resultados obtenidos, en el sentido de que estos pacientes están cercanos a haber crecido en la creencia que relaciona la gordura con un signo de buena salud o de protección frente a eventuales enfermedades¹⁶ y esto pueda haber influido en no haber encontrado diferencias en estos pacientes.

Con lo anterior, no es posible aportar evidencia que confirme la H3 tal como fue planteada, sin embargo al segregarse el grupo de acuerdo con la variable edad, si aparecen tales diferencias, dadas por los resultados del grupo de pacientes menores.

Para enriquecer el análisis de esta investigación, también se comparó a:

- las mujeres menores del tratamiento médico con las mujeres menores del tratamiento quirúrgico, encontrándose diferencias significativas en los resultados

¹⁶ Jackson, P.; Romo, M.; Castillo, M. y Castillo-Durán, C. (2004): Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico nutricional. [Versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*. Vol 132, 1235-1242.

obtenidos, alcanzando un puntaje mayor las pacientes menores de tratamiento médico.

- las mujeres mayores del tratamiento médico con las mujeres mayores del tratamiento quirúrgico, no encontrándose diferencias en los resultados obtenidos.
- hombres menores del tratamiento médico con los hombres menores de tratamiento quirúrgico, no encontrándose diferencias en los resultados obtenidos, sólo una tendencia, asumiendo un error $\alpha=0,052$, y obteniendo un mayor puntaje los hombres menores del tratamiento médico.
- hombres mayores del tratamiento médico con hombres mayores de tratamiento quirúrgico, encontrándose diferencias significativas en los resultados obtenidos y alcanzando un mayor puntaje los hombres mayores de tratamiento médico.

Respecto de las comparaciones anteriores, se puede pensar que en el caso de la contrastación de las mujeres menores del tratamiento médico con las mujeres menores del tratamiento quirúrgico, hombres menores del tratamiento médico con los hombres menores de tratamiento quirúrgico y hombres mayores del tratamiento médico con hombres mayores de tratamiento quirúrgico, habrían diferencias por el tipo de tratamiento que los pacientes buscan, repitiéndose en todos los casos, que los puntajes más altos en la prueba y por lo tanto el locus de control interno, se observa en los pacientes que buscan tratamiento médico.

En el caso de la comparación entre las mujeres mayores del tratamiento médico con las mujeres mayores del tratamiento quirúrgico, no se encontrarían diferencias dadas por tipo de tratamiento, pudiendo hipotetizarse que el no haber encontrado tales diferencias podría atribuirse a la edad, y a lo que se menciona anteriormente acerca de un mayor tiempo cargando el problema del sobrepeso.

Además, se elaboraron normas provisionarias para el instrumento construido, las que permitirían estimar los valores de los puntajes individuales con relación a otros puntajes de la misma distribución, y entregar información respecto a si el locus de control que presentan los pacientes de la muestra trabajada, es más interno o externo.

En cuanto a la inclusión del nivel educacional, medido en años, se comparó en la muestra total de pacientes a los sujetos con menos de 13 años de estudio con los de más

de 13 años de estudio, no encontrándose diferencias significativas. Además se llevó a cabo la misma comparación en cada uno de los grupos por separado, no encontrándose diferencias significativas en los resultados obtenidos en el grupo de pacientes médicos. Así, según los resultados encontrados, en el total de los pacientes de la muestra y en el grupo de los pacientes de tratamiento médico, no influirían los años de estudio formal en el locus de control que los pacientes obtienen.

En el grupo quirúrgico tampoco se encontraron diferencias, sólo una tendencia asumiendo un error $\alpha = 0,055$, en donde los pacientes de este grupo con más de 13 años de estudio obtienen un puntaje más alto en la prueba y, por lo tanto, un locus de control más interno que los pacientes con menos de 13 años de estudio del mismo grupo.

Con todo lo anterior, se encontró que en la muestra investigada, existían diferencias en el locus de control entre los pacientes que buscaban tratamiento médico convencional no farmacológico y aquellos que buscaban como opción una cirugía bariátrica para bajar de peso. A partir de los resultados obtenidos y de los postulados de J. Rotter, es posible mencionar entonces que los sujetos que buscaban tratamiento quirúrgico para bajar de peso, tendieron a obtener como resultado en la Escala ELCE locus de control externo, a diferencia de la tendencia de los pacientes médicos, que fue obtener como resultado un locus de control interno.

Entonces, podría inferirse a partir de la teoría que según los resultados arrojados por la escala aplicada, los pacientes obesos que buscaban la opción médica para bajar de peso en la muestra estudiada, tenderían a ser personas que reconocen los efectos o resultados que obtienen en las conductas de comer, engordar y adelgazar como una consecuencia de su propia conducta, explicando los acontecimientos relacionados a su aumento y baja de peso, los logros y fracasos en sus intentos por controlar el peso como contingentes a su propia conducta. Se trataría de individuos que creerían que la raíz del control de los resultados de su actuación, en los ámbitos estudiados en la prueba, se encontraría en ellos mismos. Según este estilo atribucional, podría inferirse que serían sujetos que se atribuirían un mayor grado de responsabilidad respecto tanto a las razones que los llevaron a subir de peso, llegando a ser obesos, como a su influencia personal a la hora de revertir tal estado.

Por su parte, la muestra de pacientes obesos que buscaban la opción quirúrgica para bajar de peso, tendería a comportarse de manera diferente a la muestra antes descrita, pues se trataría de una tendencia a identificar el origen de los acontecimientos que les ocurren respecto a las conductas de comer, engordar y adelgazar, como resultado de fuerzas ajenas o externas a ellos mismos, actuando éstas independientemente de sus actos; tendiendo así a percibir que tienen poca influencia y control respecto a estas conductas. Tienden a explicar tanto su alza como su baja de peso como no contingente a su conducta personal, sino a razones diferentes y externas a sí mismos, en las cuales tendrían una escasa influencia y control, percibiéndose así como menos responsables que los pacientes médicos respecto a su peso. Manifiestan expectativas de cambios atípicos, y desde este punto de vista es posible entender que muchos obesos busquen la opción quirúrgica como si ésta fuera un “milagro”, creyendo erróneamente que la cirugía actúa por sí misma y sin (o muy poca) participación propia.

Lo anterior tiene relación con las implicancias de esta investigación, especialmente en los pacientes que buscan la opción quirúrgica como tratamiento para bajar de peso, pues reafirma la importancia de llevar a cabo una adecuada selección de los pacientes que han de someterse a una Cirugía Bariátrica. Esto, porque cuando una persona se interviene de esta manera debe comprometerse de por vida como nunca antes lo había hecho, para que de esa forma la baja de peso se mantenga en el tiempo y el tratamiento sea exitoso. Por otra parte, si el paciente no es capaz de seguir autosuficientemente las indicaciones necesarias en el período post operatorio, no sólo corre el riesgo de que se produzca un alza en su peso sino también su salud general. Así, es fundamental que el compromiso sea intenso y mantenido para enfrentar el cambio de vida que a estos pacientes les toca vivir; subrayándose la importancia de que exista la creencia de que ellos son los responsables de sus propios cambios, ya que si esperan que sus éxitos dependan de situaciones y personas ajenas a sí mismos, el fracaso a largo plazo puede ser inminente.

Las implicancias también se relacionan con los pacientes que buscan tratamiento médico, pues si antes de someter a estos pacientes a un tratamiento convencional, se contara con información respecto de su locus de control, podrían predecirse ciertas situaciones. Por ejemplo, podría preverse que un paciente con un locus de control externo enmarcado en un tratamiento convencional para bajar de peso tuviera altas posibilidades de no tener éxito. En aquellos pacientes con un sobrepeso muy alto podría indicárseles la

realización de una cirugía (si cumplen con las condiciones necesarias para hacerlo), donde también debiera trabajarse un locus de control más interno con anterioridad a la intervención.

Con lo anterior, se debe subrayar la idea de que un *locus de control externo no sería mejor para un tipo de tratamiento que para otro*. Pacientes con un locus de control que tienda más hacia lo externo se encontrarían con dificultades para controlar las conductas de comer, engordar y adelgazar. En ambos tipos de tratamiento el trabajo psicológico debiera entonces estar orientado - tanto en uno como en otro - a generar un estilo que se acerque a un locus de control más interno, para de este modo facilitar el control de la conducta alimentaria. Es por ello que la literatura y la experiencia clínica consideran como un paciente idóneo para realizarse una cirugía bariátrica, a un sujeto con un locus de control interno¹⁷.

Ahora bien, Rotter (1967, p.98) consideraba que las dificultades en las expectativas - en este caso de control - entendidas como la "probabilidad, subjetivamente estimada por el sujeto, de poder alcanzar el objetivo o meta con una acción y en una situación específica", condicionaban el futuro y se basaban en el aprendizaje pasado. Y, en sujetos con locus de control externo, tales expectativas serían muy bajas, y para ello este autor propuso el trabajo terapéutico como una herramienta para aumentar la confianza cuando las expectativas fueran muy bajas. De esta manera, se apoyaría la idea de que el comportamiento podría modificarse, bajo estas condiciones.

Así, en aquellos pacientes candidatos a una cirugía de este tipo, es de suma importancia una evaluación clínica completa para efectuar el diagnóstico adecuado de los pacientes y, como parte de éste, determinar el locus de control de los mismos para así tener un elemento más que aporte a la hora de predecir el posible enfrentamiento al tratamiento quirúrgico. En este sentido, la utilización de la escala realizada podría ser a futuro un respaldo a la evaluación que llevan a cabo los profesionales de la salud, siendo deseable para ello la comparación de los resultados que arroja la escala con la entrevista clínica que se realiza previo a una posible cirugía bariátrica y evaluar si esto es posible.

¹⁷ Koppmann, 2005, Com. Pers.; Formiguera, 2002; Casalnuovo, 2001; Servicio Vasco de Salud, 2001.

En aquellos casos que se observara un locus de control externo, el trabajo terapéutico individual y/o grupal como estrategia para cambiar el modo de verse a sí mismos y sus posibilidades de influencia en los resultados que obtengan, es fundamental; pues la sensación personal de poco control respecto tanto de las sanciones como retribuciones que reciben, genera también que no se encuentren suficientes razones para modificar su comportamiento, dada esta poca sensación de control personal, lo que hace del apoyo psicológico y psiquiátrico una herramienta imprescindible, y en donde debieran incorporarse técnicas y estrategias de autocontrol para ayudar a estos pacientes a ir reemplazando el dominio externo por una planificación y un control más interno¹⁸. Todo lo anterior, porque el objetivo del tratamiento es que los resultados sean satisfactorios y que se mantengan a largo plazo, y si los pacientes que se someten a este tipo de intervención funcionan con la convicción de que tienen poco control respecto de las conductas de comer, engordar y adelgazar y que son fuerzas externas a ellos quienes lo hacen, pueden provocar un no adecuado enfrentamiento y adaptación al período postoperatorio.

Concluyendo, al parecer, podría observarse una primera categorización de los pacientes obesos de la muestra estudiada, respecto a su locus de control por el tipo de tratamiento que éstos buscan, supuesto que se observa también en la literatura especializada en este ámbito¹⁹; encontrándose que, en todas las comparaciones realizadas en que hubo diferencias significativas, éstas mostraron en todos los casos, un locus de control más interno en los pacientes médicos y uno más externo en los pacientes quirúrgicos.

Lo anterior se condice con el hecho de que se observa clínicamente, que gran cantidad de pacientes que buscan la opción quirúrgica, no han realizado un tratamiento médico previo (requisito para considerar la cirugía) y, si lo han hecho por iniciativa propia no han sido mantenidas el tiempo necesario para evaluar que el tratamiento fracasó. Así, la idea de que la cirugía bariátrica es una intervención de tipo milagroso y que requiere un mínimo esfuerzo para lograr los máximos resultados, se manifiesta un gran número de oportunidades. Ahora bien, sería sumamente deseable observar si esta misma

¹⁸ Rehm, 1988 citado en Caballo, 1998.

¹⁹ Montt, D., Koppmann, A. y Rodríguez, M. (2005): Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. Vol 16, N°4, p.284.

categorización por tratamiento se observa en poblaciones diferentes de obesos y no sólo en la población con la que se trabajó en la presente investigación.

Así, en cuanto a futuras líneas de investigación que permitan comprender más cabalmente este fenómeno cada vez más creciente de la obesidad, cabe destacar que aportaría mayor información, por una parte, evaluar a los pacientes obesos con la escala construida y llevar a cabo un seguimiento de los mismos evaluándolos en sus indicadores físicos. Por otra parte sería deseable la comparación de los resultados que arroja la escala con la entrevista clínica que se realiza previo a una posible cirugía bariátrica y evaluar si ésta sirve como respaldo a la evaluación que llevan a cabo los profesionales de la salud, ya que los resultados de un cuestionario psicológico podrían no ser considerados como prueba diagnóstica sin una entrevista clínica. Y, otra línea de investigación sería someter a los pacientes tanto médicos como quirúrgicos efectuando evaluaciones con la prueba, pre y post al mismo.

Asimismo, podrían efectuarse comparaciones en pacientes obesos operados y observar cuál es el locus de control que evidencian a través del instrumento, según la baja de peso obtenida tras la intervención quirúrgica.

Además, podría investigarse si existe una diferencia en los puntajes obtenidos en el instrumento, entre los pacientes portadores de diferentes grados de obesidad, clasificados por el Índice de Masa Corporal (IMC). Vale decir, si pacientes con un grado de obesidad grado III (IMC>40), considerado como una obesidad severa, tenderían a obtener un locus de control más externo que un paciente con obesidad grado I (IMC = 30 – 34,9) considerado como obesidad leve, o grado II, moderada (IMC = 35 – 39,9).

Por último, aportaría nueva y valiosa información respecto a este fenómeno tan creciente y silencioso como es la obesidad, observar el comportamiento de la variable estudiada en poblaciones distintas y diversas de pacientes obesos, considerando diferencias en cuanto a nivel socioeconómico para observar si pueden realizarse distinciones en cuanto a ello, y también la edad, considerando por ejemplo la población de pacientes niños y adolescentes.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albala, C. ; Kain, J. ; Burrows, R. y Díaz E. (2000). Evaluación de la obesidad en el adulto. En, *Obesidad: un desafío pendiente en Chile*. Santiago, Chile. Editorial Universitaria.
2. Alonso, J. y Arce, E. (1993): Expectativas de control y motivación: el cuestionario ECO. En, Alonso, J. (Ed): *Motivar en la adolescencia*. Madrid, España. Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
3. American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC.
4. Anastasi, A. y Urbina, S. (1998): *Test Psicológicos*. México. Ed. Prentice Hall.
5. Ardouin, J.; Bustos, C.; Gayó, R. y Jarpa, M. (2001): Locus de control, control conductual percibido y su relación con la intención de petición de uso de condón en mujeres universitarias de la ciudad de Concepción. [Versión electrónica]Universidad de Concepción. Extraído el 20 de Julio de 2005 de [http:// www.apsiquevirtualbyte.cl/tiki-index.php?page=Socilondon](http://www.apsiquevirtualbyte.cl/tiki-index.php?page=Socilondon)
6. Azevedo, A.; Dos Santos, C. y Da Fonseca, D. (2004): Trastorno da compulsao alimentar periódica. Binge Eating Disorder. [Versión electrónica] *Revista Psiquiatria Clínica, Vol 4, N°5, 170-172*.
7. Bandura (trad. 2001): Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad de Stanford. Traducción de Olaz, F.; Silva, M. y Pérez, E. De la Universidad de Córdoba, Argentina.
8. Bárez, M. (2002): *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral [Versión electrónica].Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

9. Bariátrica (2001). *Recomendaciones para la práctica clínica de Cirugía Bariátrica*. Servicio Vasco de Salud. Gobierno de Salud.
10. Barreda, P. (2004). Sobre peso y obesidad en el escolar: Evaluación y tratamiento. [Versión electrónica] *Revista Medwave. Hospital Roberto del Río, Vol 4, N°5*, 12-16.
11. Blanco, A. (1995). Factores psicosociales de la vida adulta. En Marchesi A., Carretero M., y Palacios J., (1995) *Psicología Evolutiva, Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid, España. Ed. Alianza.
12. Burón, J. (1994): Motivación y aprendizaje. Bilbao, España. Ediciones Mensajero.
13. Caballo, V. (Comp.) (1998): *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
14. Camuñas, N.; Revuelto, R.; Yanez, C.; Martí, M.; Vivas, F. y Sánchez Arcilla, J.I. (2001): Control emocional en pacientes obesas: Un programa de intervención cognitivo conductual. [Versión electrónica]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Extraído el 23 de marzo, 2005 de http://www.ucm.es/info/masteran/pub/alimen/II/_congreso_virtual_psiquiatria.control_en_pacientes_obesas.pdf
15. Capella, C. y Miranda, J. (2003): *Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.
16. Casado, M.I.; Camuñas, N.; Navlet, R.; Sánchez, B. y Vidal, J. (1997): Intervención Cognitivo Conductual en pacientes obesos: Implantación de un programa de cambios de hábitos de alimentación. [Versión electrónica]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Extraído el 23 de marzo, 2005 de <http://www.psicologia.com/psicologia/vol1num1/art-2.htm>

17. Casalnuovo, A. (2001): Cirugía Bariátrica en Obesidad Mórbida y Superobesidad. Extraído el 24 de abril, 2005, de http://www.surgicalteam.com/español/obesidad/dr_casalnuovo.htm
18. Cayazzo, F. y Vidal, S. (2002). *Definición de los conceptos de deseo, intención y complementariedad de intenciones en el Modelo de Asertividad Reformulada desde el marco del Modelo Cognitivo*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.
19. Cortada de Kohan, N. (2004): *Teoría y métodos para la construcción de escalas de actitudes*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar.
20. Cruz, M.S. (2003). *Una propuesta Constructivista Cognitiva acerca del papel que cumple la sexualidad en la construcción del sí mismo en la organización de significado personal dápica*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.
21. Díaz, C. y Balbás, A. (1997). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 1-18. Vol. 5, N° 10. Extraído el 18 de mayo, 2005, de <http://reme.uji.es/articulos/adijazj9270605102/texto.html>
22. Durán, T. (2002). El constructo locus de control en la toma de decisiones educativas. *Revista PAEDAGOGIUM México*, Centro de Investigación y Asesoría Pedagógica, S.C. 8-11. Vol, N°3. Extraído el 3 de octubre, 2005, de <http://www.filos.unam.mx/POSGRADO/seminarios/Teresita/1locus.html>
23. Durán, T. (2002). Locus de control y su relación con otros constructos. *Revista PAEDAGOGIUM México*, Centro de Investigación y Asesoría Pedagógica, S.C. 1-2. Vol, N°3. Extraído el 3 de octubre, 2005, de <http://www.filos.unam.mx/POSGRADO/seminarios/Teresita/3locus.html>

24. Fernández, J. y Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? [Versión electrónica]. *Anales de Psicología*. Vol 10, N° 2, 127 – 133.
25. Feuchtmann C. y Seijas D. (1997). Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos [Versión electrónica]. *Boletín de la Escuela de Medicina*, Vol 26, N°1 .2-9.
26. Formiguera, X. (2002). Criterios de inclusión y exclusión para Cirugía Bariátrica: Decisión de equipo o individual. Extraído el 24 de abril, 2005, de http://www.medwave.cl/congreso/2002/nutrición1/2.act?tpl=im__ficha_congreso.tpl
27. García, M. y Hombrados, M. (2002). Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológica. [Versión electrónica]. *Rev Mult Gerontol*. Vol 12, N° 2, 90-100.
28. García, F. y Medina, G. (2002): Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento [Versión electrónica]. *Revista Cuestiones de Psicología del Deporte*, Vol 2, N°2 .1-12.
29. Garrido, E. (2000): Albert Bandura: Voluntad Científica. Universidad de Salamanca. Salamanca. España. Extraído el 5 de abril de 2006, de www.des.emory.edu/mfp/BanduraGarrido.Pdf
30. Grekin, C. (1997): Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario. [Versión electrónica]. *Boletín de la Escuela de Medicina*, Vol 26, 26–30.
31. Griessner,V. (2003): Binge Eating: Trastorno por “Atracón”. Extraído el 15 de junio, 2005, de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31002
32. Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: Hacia una Terapia Cognitiva Postracionalista*. Barcelona, España. Ed. PIADOS.

33. Guidano, V. (1991). *La complejidad del sí mismo*. (Saavedra, M.A., Trad.) Santiago. Centro de Psicología Aplicada. Universidad de Chile.
34. Guzmán, S (1997). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Boletín de la Escuela de Medicina, Vol 26, N°1* , 45-48.
35. Hernández, R.; Fernández, C.y Baptista, P. (2003): *Metodología de la investigación*. México. Editorial Mc Graw Hill, 3° Edición.
36. Infante, J. (1993). Obesidad. *Revista Chilena de Pediatría. Vol 64, N°6,,403-406*.
37. Jackson, P.; Romo, M.; Castillo, M. y Castillo-Durán, C. (2004): Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico nutricional. [Versión electrónica]. *Revista Médica de Chile. Vol 132, 1235-1242*.
38. Jara, A. (2004). Obesidad y riesgo de Diabetes. [Versión electrónica]. *Revista Medwave. Hospital Roberto del Río, Vol 4, N°5, 3-11*.
39. Lahey, B. (1999). *Introducción a la Psicología*. Madrid, España. Ed. Mc Graw Hill.
40. Liberman, C.; Lolos, F. y Sanfuentes, M. (1998). El tratamiento médico de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinaria. *Revista Médica de Chile. Vol 126, 1377- 1383*.
41. Magnusson, D. (1979): *Teoría de los tests*. México. Ed. Trillas.
42. Manilla, C. (2004): Hoy como... mañana me castigo. Una visión de los trastornos alimentarios. Extraído el 30 de julio, 2005, de <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=CliniTrastornosAlimentarios>
43. Maturana, H. (1988): *El árbol del conocimiento*. Santiago, Chile. Ed. Universitaria.
44. Means, J. (2000): The Social Learning Theory of Julian B. Rotter . Extraído el 22 de mayo, 2006 de <http://psych.fullerton.edu/jmeans/rotter.htm>

45. Medeiros, L. y Valenzuela, F. (2005): *Evaluación de las ansiedades de separación, culpa y vergüenza asociadas a la imagen corporal en mujeres obesas y su relación con el resultado del tratamiento médico – nutricional para adelgazar*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.
46. Montt, D., Koppmann, A. y Rodríguez, M. (2005): Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. Vol 16, N°4, 282-289.
47. Montt, D. y Villarroel, A. (2003). *Modelo de psicoterapia grupal Constructivista Cognitivo para trastornos alimentarios, aplicado en un grupo de pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.
48. Moreno, M. (1997). Diagnóstico de la obesidad y sus métodos de evaluación. [Versión electrónica]. *Boletín de la Escuela de Medicina*, Vol 26, N° 1, 1-10.
49. Muzzo, B. (1989). Obesidad del niño y adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*. Vol 60, N°1, 22-24.
50. Padua, J. (1987). *Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. México. Fondo de Cultura Económica.
51. Page, M. (1993): *Elementos de Psicometría*. Madrid, España. Ed. Eudema Universidad S. A.
52. Prieto, L. (2002): El análisis de las creencias de autoeficacia: un avance hacia el desarrollo profesional del docente. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. España. Extraído el 24 de mayo, 2006, de www.des.emory.edu/mfp/Prieto. doc.

53. Rodríguez, J. (2002, Julio 10): *Un nuevo paradigma para la andragogía en salud: locus de control, valoración y atribución de frecuencia de riesgos de la salud*. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de los Llanos. Colombia. Extraído el 3 de abril, 2006 de: <http://sapiens.com>
54. Rotter, J. (1967): *Psicología Clínica*. Rio de Janeiro. Brasil. Zahar Editores.
55. Rozowski, J. (1997). Prevalencia de la obesidad en Chile [Versión electrónica]. *Boletín de la Escuela de Medicina, Vol 26, N° 1*, 10-17.
56. Rozowski, J., y Arteaga, A. (1997). El problema de la obesidad y sus características alarmantes en Chile. *Revista Médica de Chile, Vol 125*, 1217-1224.
57. Sánchez, I; y Pacheco, P. C. (2000): *Aspectos teóricos y clínicos de la alexitimia*. Extraído el 1 de junio, 2005 de <http://www.futurex.com/html/mantenimiento/fich.pdf>
58. Razones para la Cirugía de Obesidad. Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO). Extraído el 22 de marzo, 2005 de <http://www.seco.org/razones.htm>
59. Valenzuela, M. Isabel. (2001). *Programa de apoyo psicológico para adolescentes obesas: Una revisión del tema y un estudio con grupo piloto*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
60. Vergara, P. (2004). Apuntes de Asignatura Clínica Adultos Cognitiva Constructivista. Carrera de Psicología. Universidad de Chile.
61. Wenk, E. (2005): *Validez*. Apunte Docente para la Asignatura de Metodología Psicométrica. Carrera de Psicología. Universidad de Chile.
62. Wenk, E. (2005): *Acciones en la elaboración de una prueba psicológica*. Apunte Docente para la Escuela de Postgrado. Carrera de Psicología. Universidad de Chile.

63. Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. y Vergara, P. (2001). Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. En *Revista de Psicología*, Vol 10. N°1, 97-110.
64. Yáñez, J. (2000) *Teoría Clínica Constructivista*. Documento de trabajo inédito. Grupo de Psicoterapia Cognitiva del CAPs. Universidad de Chile.
65. Yáñez, J. (2004). Apuntes de Docentes Asignatura Clínica Adultos Cognitiva Constructivista. Carrera de Psicología. Universidad de Chile.
66. Youlton, R. (1989). Obesidad: consideraciones generales. *Revista Chilena de Pediatría*. Vol 60, N°1, 20-21.

