

CONTROL PERSONAL DE LA CONDUCTA Y LA MANGA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA

Mariela González ¹, Zoraide Lugli ²

RESUMEN: *El objetivo del estudio fue describir las habilidades de autocontrol, la autoeficacia percibida y el locus de control en pacientes obesos que se desean someter a una Manga Gástrica Laparoscópica. Participaron 40 obesos (22 mujeres y 18 hombres), con edades entre los 19 y 65 años (M= 41.72; DT= 12.09) que asistieron a una clínica privada en Caracas. Se aplicaron los inventarios durante el proceso preoperatorio al procedimiento. Los resultados sugieren que la muestra presenta mayor facilidad en la autorregulación y autoeficacia para llevar a cabo la ingesta alimentaria que la actividad física. Las creencias respecto al locus de control se caracterizaron por ser moderadas, obteniéndose un balance entre estas creencias de control. A partir de los resultados, se sugiere entrenar en habilidades de auto-regulación, así como trabajar en el cambio de creencias relacionadas con el peso, tanto las de eficacia personal como las creencias de control, todo lo cual facilitaría la posterior adhesión a las prescripciones del procedimiento.*

Palabras clave: *Manga Gástrica Laparoscópica, Habilidades, Autorregulación, Autoeficacia percibida, Locus de control, Adhesión terapéutica.*

ABSTRACT: *The goal of the study was to describe the self-control, self-efficacy and locus of control skills in obese patients who undergo to Laparoscopic Gastric Sleeve. Participants were 40 obes (22 women and 18 men) between 19 and 65 years old (M = 41.72, SD = 12.09), who had been attended at private clinic in Caracas city. It were applied tests in the preoperative process to the procedure. The results suggest that the sample had more facility in self-regulation and self-efficacy to carry out food intake than physical activity. Beliefs about locus of control were characterized to be moderate, obtaining a balance between these control beliefs. From the results, we suggest to train in self-regulation skills, as working on change weight-related beliefs, both personal efficacy and control. All of them would facilitate the subsequent adhesion to the procedure requirements.*

Key words: *Laparoscopic Gastric Sleeve, Self-regulation, Self-efficacy, Locus of control, Adherence to therap.*

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, con una prevalencia que va en aumento en el mundo entero ¹. En los Estados Unidos, el 54% de la población presenta sobrepeso y 22% tienen obesidad (IMC $\geq$ 30). Por su parte en Europa, la prevalencia de obesidad se ha triplicado en las últimas dos décadas y ocasiona un millón de muertes al año ².

Venezuela no es la excepción. En un estudio realizado en el 2010 por el Instituto Nacional de Nutrición ³, Venezuela

registraba un 9% de incidencia de obesidad en la población infantil; sin embargo esto se venía planteando desde 2008 en la población adulta, cuando la Organización Mundial de la Salud ⁴ señalaba que el 62.5% de los venezolanos adultos sufrían de algún tipo de sobrepeso, lo que colocaba al país para ese entonces, en la casilla 24 del mundo.

A partir de estas cifras se estima que para el 2015 existirán aproximadamente 2.3 billones de adultos con sobrepeso en el mundo y más de 700 millones serán obesos ⁵.

Como primer paso, la obesidad debe ser prevenida y abordada a través de un cambio en los estilos de vida de la persona, donde la dieta y el ejercicio físico son los principales pilares para llegar a la meta ⁶. No obstante, cuando el peso alcanzado es excesivo y pasa de cierto nivel ($\geq$ 40% del peso normal), estas medidas no son suficientes, por lo que se debe considerar los tratamientos quirúrgicos como la única alternativa eficaz a largo plazo (1,7,8).

1. Profesora Asistente Contratada. Magister en Psicología. Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento. Universidad Simón Bolívar.

2. Profesora Asociada. Magister en Psicología. Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento. Universidad Simón Bolívar.

Recibido: 05-07-11.

Aceptado: 06-09-11.

La idea fundamental de la cirugía bariátrica es la reducción del tamaño o la restricción del estómago, con el objeto de reducir la cantidad de alimento que consume una persona ¹. Las cirugías más realizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida son: el bypass gástrico, la banda gástrica y la derivación biliopancreática con switch duodenal ².

La gastrectomía vertical laparoscópica o manga gástrica (MG), es el procedimiento quirúrgico de más reciente aparición para el control de la obesidad. Está clasificada como una técnica restrictiva que conduce a la reducción en la ingesta de alimentos; consiste en la resección gástrica por vía laparoscópica de aproximadamente 70-80%, dejando un tubo estrecho de escasa capacidad volumétrica en la curvatura menor ^{1,9}.

Se introdujo como primer tiempo quirúrgico en pacientes superobesos, con la finalidad que perdieran peso y posteriormente llevar a cabo, sin mayores riesgos, un segundo tiempo quirúrgico tipo derivación biliopancreática o bypass gástrico¹⁰. Desde el 2005 aproximadamente, la MG ha sido utilizada como procedimiento único en el manejo quirúrgico de la obesidad en pacientes con IMC > 40 kg/m² o un IMC > 35 kg/m² que tienen asociados distintas comorbilidades, y en pacientes con IMC < 35 kg/m² y síndrome metabólico ^{2,5}.

Este procedimiento restrictivo tiene un mecanismo de acción neurohormonal, al generar cambios en el proceso de regulación del apetito ¹¹ a través de la disminución notoria de los niveles de grelina, hormona que está relacionada con el mecanismo del apetito-saciedad. Esta disminución se da desde el primer día posterior a la resección gástrica manteniéndose así por varios meses, lo que tiene un impacto en la pérdida del apetito⁹.

En Venezuela, en la Cátedra- Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas se realizó el primer reporte de MG, reflejando pérdidas del exceso de peso que alcanzan valores hasta del 80 % a los seis meses ^{11,12}; probando la efectividad de la MG como procedimiento único para pacientes obesos.

Los beneficios de esta cirugía se pueden evidenciar no sólo por el 70% y 74.3% de pérdida de exceso de peso que se logra al realizarla, sin ganancia del mismo, según estudios que superan los 12 meses de seguimiento ^{1,2,9,13,-15}; sino también por la mejora de las enfermedades asociadas a la obesidad, especialmente diabetes, hipertensión, dislipidemia, resistencia a la insulina o apnea del sueño ^{2,12,16-18}.

No obstante, para lograr el éxito de la MG se requiere un cambio de los hábitos de vida por parte del paciente. Por una parte, sufrirá una disminución importante de las porciones de alimentos y de las calorías que se ingieren para el resto de la vida. Por otro, las características de la comida deberán ser diferentes para que sea bien tolerada ^{19,20}. Es por ello que es necesaria la responsabilidad del individuo puesto que los resultados dependerán del control alcanzado por la persona, de una motivación continua y un cambio permanente en el estilo de vida (21,22).

Este esfuerzo requiere una participación activa de la persona en la modificación de su conducta, por lo que es necesario que aprenda a identificar sus hábitos actuales y las consecuencias de los mismos, así como de los nuevos comportamientos por los que deben sustituirse ^{21,23}.

Estas actividades son llevadas a cabo por el individuo por medio de la influencia de variables personales ²³⁻²⁹. Es por eso que en el proceso preoperatorio a la MG es necesario no sólo evaluar la historia nutricional del paciente, su condición pulmonar, cardíaca y gastrointestinal, tal como lo señalan Chacón et al. ¹² y Makarem-Kanso y cols. ² sino también realizar una evaluación psicológica que aborde las creencias y estrategias cognitivas que permiten a la persona obesa asumir el control en su proceso de perder peso y que favorezcan en un futuro su adhesión terapéutica al procedimiento de la MG.

Siendo la responsabilidad individual un aspecto fundamental para el éxito de cualquier estrategia de control de peso²¹; la persona debe percibir que la situación es controlable (locus de control), que tiene las estrategias para lograrlo (autocontrol) y que se sienta competente para alcanzar la pérdida de peso deseada (autoeficacia percibida).

De acuerdo a lo anterior, el modelo de control personal de la conducta formulado originalmente por Steptoe ³⁰ y operacionalizado posteriormente por Lugli y Vivas ³¹, pudiera influir no sólo en la pérdida de peso en personas obesas sometidas a un proceso quirúrgico, sino también en la adhesión terapéutica a las indicaciones que pudieran garantizar esta pérdida de peso mantenida a largo plazo.

La autoeficacia percibida es entendida como las creencias acerca de las propias capacidades de la persona para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para alcanzar determinados resultados ^{32,33}.

Los estudios realizados plantean que la autoeficacia es una variable considerada un mecanismo mediador en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción de peso ³⁴⁻⁴¹ y una potente variable para lograr la adhesión a cambios en la ingesta alimentaria ^{26,27} y la actividad física ^{36,42,43}.

Por otro lado, el locus de control expresa el grado de responsabilidad que el sujeto asume por lo que le acontece, estableciendo si la persona percibe una consecuencia particular como producto de su propio comportamiento versus el grado en que este comportamiento está controlado por fuerzas externas a ella ⁴⁴⁻⁴⁶. La mayoría de los estudios que han abordado el locus de control en el tratamiento de la persona obesa, intentan identificar cual es el tipo de locus de control predominante en personas obesas, encontrando resultados contradictorios ^{24,27,28,39,47-50}.

Por su parte, el autocontrol es el tercer aspecto dentro del constructo control personal. Las investigaciones llevadas a cabo, señalan que el entrenamiento en habilidades de autocontrol debe incluirse en todo programa para la pérdida de peso ⁵¹⁻⁵⁶. Sin embargo, la revisión de la literatura muestra re-

sultados contradictorios. Algunos plantean que las estrategias de autocontrol son inefectivas para alcanzar y/o mantener un peso adecuado ⁵⁷; mientras que otros reportan resultados satisfactorios en la pérdida de peso ⁵⁸⁻⁶¹.

Como puede verse, los estudios plantean la importancia de las creencias de control, la autoeficacia percibida y las habilidades de autocontrol en el éxito de tratamientos para la reducción de peso. A pesar de esto, el tratamiento de la obesidad aún exhibe algunos puntos débiles, dado que las recaídas continúan siendo la regla ²⁵, incluso en el caso de los tratamientos quirúrgicos.

Una inadecuada pérdida de peso o su recuperación post quirúrgica, puede considerarse un fracaso de la cirugía ^{62,63}. Sus causas pueden atribuirse a problemas técnicos, incorrecta selección del paciente, incapacidad de éste para adoptar activamente estilos de vida saludables e incorrecta elección de la técnica o procedimiento quirúrgico ^{22,64-69}.

Los fracasos específicamente en la MG se asocian a la disminución del nivel de saciedad con el consiguiente aumento de la ingesta calórica y el abandono del seguimiento clínico ⁷⁰, debido a que fracasos asociados a la técnica, como por ejemplo, la dilatación de la manga o tubo gástrico, se presenta en casos aislados y no necesariamente conduce a un fracaso del tratamiento, tal y como lo estudiaron Langer y cols ¹¹. Sin embargo, estos hallazgos clínicos pudieran deberse a lo reciente que es esta técnica y a que aún los resultados que se derivan de ella se están analizando ¹¹.

En Venezuela, no existen reportes donde se hayan abordado fracasos en pacientes operados por medio del procedimiento de la MG. No obstante, aunque el procedimiento ha tenido buenos resultados ^{2,12} la cirugía es sólo una parte de un largo proceso multidisciplinario, dado que deja por fuera el abordaje de factores psicológicos que pudieran inducir la obediencia del paciente al tratamiento y por ende disminuir la probabilidad de fracaso.

Tomando en cuenta que los fracasos en lograr un cumplimiento cabal del tratamiento sugieren dificultades en la obtención de cambios en las actitudes y conductas de los sujetos ⁷¹; cobra especial importancia toda la información que permita caracterizar al paciente obeso que es candidato a realizarse una MG, a fin de mejorar los planes de atención, garantizar su adhesión a lo largo del tratamiento y disminuir los fracasos terapéuticos.

En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo, describir las habilidades de autocontrol, la autoeficacia percibida y el locus de control, en pacientes obesos que se desean someter a una MG; intentando llenar los vacíos que tiene esta reciente técnica y complementar los hallazgos obtenidos hasta ahora sobre el tema.

MÉTODOS

Participantes

Participaron de forma voluntaria 40 personas obesas que cumplieran con los criterios de selección establecidos (mayores de 18 años de edad; con un IMC mayor a 35 Kg/m² asociado a comorbilidades, pacientes con IMC < 35 kg/m² que sin contar con el IMC requerido, aceptados por los médicos tratantes por presentar alguna patología que pudiese controlarse y/o regularizarse como consecuencia de llevar a cabo la MG). De estos 40 participantes 22 son del género femenino (55%) y 18 del masculino (45%), en edades comprendidas entre 19 y 65 años ($\bar{X}$ = 41.72 años, DT = 12.09). El índice de masa corporal de la muestra osciló entre 30.60 Kg/m² y 56.30 Kg/m² ($\bar{X}$ = 41.09, DT = 5.74). En la tabla 1 se presentan las características de la muestra que participó en el estudio.

Instrumentos

Inventario de auto-regulación del peso corporal: Diseñado y validado por Lugli, Arzolar y Vivas ⁷². El inventario, basado en la teoría social cognitiva de Bandura ⁷³, mide el auto-reporte de las habilidades de auto-regulación aplicadas al control del peso en dos áreas: Hábitos alimentarios y actividad física. Está constituido por 29 ítems que son respondidos en una escala tipo Likert de cuatro alternativas, que van de “Nunca” (0) hasta “Siempre” (3).

Inventario de Autoeficacia percibida para el control del peso: de Román et al. (21). Inventario que está constituido por 37 ítems en una escala tipo Likert de cuatro puntos, cuyas alternativas de respuestas van de “Incapaz de poder hacerlo” (0) a “Seguro de poder hacerlo” (3) y tres dimensiones “Estilos alimenticios y externalidad (20 ítems)” y “Actividad física programada (9 ítems)” y “Actividad física cotidiana (8 ítems)”.

Inventario de Locus de control de peso: diseñado y validado por Lugli y Vivas ⁷⁴. Inventario que está constituido por 16 ítems en una escala tipo Likert de cuatro puntos, cuyas opciones de respuestas van de “Totalmente en desacuerdo” (0) a “Totalmente de acuerdo” (3) y tres dimensiones “Interno (6 ítems)” y “Otros poderosos (5 ítems)” y “Azar (5 ítems)”.

Procedimiento

Se trabajó con pacientes obesos que asistieron a consulta psicológica preoperatoria al procedimiento de la MG, se les describió los objetivos del estudio y la importancia de contar con su colaboración, añadiendo que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, y que los resultados serían utilizados con fines de investigación. Posteriormente, se les suministró una hoja para solicitar el consentimiento informado. Una vez que los participantes leyeron y firmaron este consentimiento, se procedió a la aplicación de los inventarios de auto-regula-

ción del peso corporal, autoeficacia percibida y locus de control.

RESULTADOS

En la tabla 2, se presenta la descripción de las variables de estudio a través de los estadísticos de tendencia central (media, mediana y moda) y de variabilidad (desviación típica, rango observado y rango posible).

En relación a las dimensiones de la variable *auto-regulación del peso* se observa para “*Hábitos alimentarios*” que la muestra reporta niveles medios de auto-regulación de sus hábitos alimentarios. El coeficiente de variación ($CV=(DT/media)100$) fue de 30.13% lo que sugiere representatividad de la medida dado a la poca dispersión de los datos.

Para la dimensión “*Actividad física*” en la variable auto-regulación del peso, se observa que la muestra reporta niveles medios de auto-regulación de la actividad física. El coeficiente de variación fue de 44.58% lo que sugiere representatividad de la medida dado a la poca dispersión de los datos.

En las dimensiones de la variable *autoeficacia percibida en el control del peso* se observa que para “*Estilos de alimentación*” la muestra reporta niveles medios-altos de autoeficacia percibida para cumplir con los estilos de alimentación. El coeficiente de variación fue de 18.50% lo que sugiere representatividad de la medida dado a la poca dispersión de los datos.

Para la dimensión “*Actividad física programada*” de la variable autoeficacia percibida, se observa que la muestra reporta niveles medios de autoeficacia percibida para llevar a cabo una actividad física programada. El coeficiente de variación fue de 24.89% lo que sugiere representatividad de la medida dado a la poca dispersión de los datos.

Con respecto a la última dimensión de la variable autoeficacia percibida “*Actividad física cotidiana*” se observa que la muestra reporta niveles medios de autoeficacia percibida para llevar a cabo una actividad física cotidiana. El coeficiente de variación fue de 25.27% lo que sugiere representatividad de la medida dado a la poca dispersión de los datos.

En relación a la variable “*Locus de control del peso*”, específicamente con la dimensión “*Interno*” se observa que la muestra reporta un locus de control interno moderado. El coeficiente de variación fue de 18.01% lo que sugiere representatividad de la medida dado a la poca dispersión de los datos.

En cuanto a la dimensión “*Otros poderosos*” la muestra reporta un locus de control externo debido a otros poderosos medio. El coeficiente de variación fue de 22.30% lo que sugiere representatividad de la medida dado a la poca dispersión de los datos.

Finalmente, para la dimensión “*Azar*” se observa que la muestra reporta un locus de control externo debido al azar bajo. El coeficiente de variación fue de 75.50% lo que sugiere

poca representatividad de la medida dado a la alta dispersión de los datos.

DISCUSIÓN

Apoyada en la propuesta del control personal de la conducta como constructo ³¹, la presente investigación tuvo por objetivo general, describir las habilidades de autocontrol, la autoeficacia percibida y el locus de control, en pacientes obesos que se desean someter a una MG.

Se procedió a determinar cómo se manifiestan estas variables en los obesos que se planteaban una MG como tratamiento para el control del peso. En forma general, los participantes de este estudio se caracterizaron por presentar niveles moderados de las variables de control personal.

Específicamente, se encontró que reportaron niveles moderados para cada una de las áreas relevantes en la Auto-regulación del peso: hábitos alimentarios y actividad física, presentando mayor auto-regulación para la ingesta adecuada de alimentos. Este resultado, tal como lo plantea Lugli ²³ es llamativo dado que la creencia popular es que las personas obesas carecen de auto-regulación, al no poder resistirse a la gratificación inmediata que produce el comer ⁷⁵. Sin embargo esto lleva a pensar que quizás el nivel moderado de las destrezas para controlar las conductas en los pacientes que acuden a realizarse una MG, pueda deberse precisamente al hecho de querer llevarse a cabo una técnica restrictiva que conduce a la reducción en la ingesta de alimentos ⁹.

Estas personas reportaron mayor auto-regulación para controlar su ingesta alimentaria, dificultándosele un poco más realizar un esfuerzo sostenido en la práctica de ejercicios físicos; lo cual podría deberse al hecho de que cumplir con alguna rutina de actividad física va a depender más de la persona obesa que de la intervención quirúrgica, lo cual igualmente va a venir influenciado por los posibles fracasos que ésta haya tenido para cumplir dichas actividades en intentos previos al tratamiento de la MG.

Por otro lado, las creencias de Autoeficacia percibida para el control del peso también resultaron moderadas, tanto para los hábitos alimentarios como para la actividad física (programada y cotidiana). Sin embargo, los participantes de este estudio mostraron mayor auto-eficacia en los hábitos alimentarios que en las actividades físicas, tanto programadas como cotidianas. En este sentido, el hecho de que los participantes presenten niveles moderados de autoeficacia percibida, apoya el concepto planteado por Bandura ⁷⁶ de que la autoeficacia guía el comportamiento de las personas. Es decir, los pacientes acuden a consulta con la necesidad de llevarse a cabo una MG, que corresponde a un tratamiento en el cual deben de cumplir con un conjunto de actividades dirigidas a la pérdida de peso^{19,20}, las que probablemente se sientan capaces de eje-

Tabla 1 Características de la muestra

	Media	DT	N	% del Total
Género				
Femenino			22	55%
Masculino			18	45%
Edad				
60-69 años			4	10%
50-59 años			7	17.50%
40-49 años	39.29	11.82	13	32.50%
30-39 años			9	22.50%
20-29 años			5	12.50%
18-19 años			2	5%
IMC			3	
30-34.9 Kg/m ²	41.72 Kg/m ²	12.09		7.50%
35-39.9 Kg/m ²			15	33.30%
> 40 Kg/m ²				55%
			22	
Nivel de instrucción				
Bachillerato incompleto			1	2.50%
Bachillerato			6	15%
Universitario			33	82.50%
Ocupación				
Empleado			19	47.50%
Ama de casa			2	5%
Estudiante			2	5%
Jubilado			1	2.50%
Desempleado			1	2.50%
Trabajador independiente			14	35%
Empleado y estudiante			1	2.50%

Tabla 2 Estadísticos Descriptivos de las variables de estudio

Variables de estudio	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Rango observado	Rango Posible
Auto-regulación del peso						
Hábitos alimentarios	28.93	28.50	21.00	8.716	13.00-48.00	0.00-48.00
Actividad física	20.55	19.00	15.00	9.162	1.00-39.00	0.00-39.00
Autoeficacia en el control del peso						
Estilos de alimentación	46.18	47.50	33.00	8.545	28.00-60.00	0.00-60.00
Actividad física programada	18.60	18.00	21.00	4.629	9.00-27.00	0.00-27.00
Actividad física cotidiana	16.45	16.00	16.00	4.157	1.00-24.00	0.00-24.00
Locus de control del peso						
Interno	14.55	15.00	18.00	2.621	9.00-18.00	0.00-18.00
Otros poderosos	11.25	11.50	9.00	2.509	0.00-15.00	0.00-15.00
Azar	4.33	3.50	2.00	3.269	0.00-15.00	0.00-15.00

cutar²³, ya que de lo contrario no hubiesen tomado la decisión de plantearse ese tipo de procedimiento.

En cuanto a las dimensiones de Auto-eficacia percibida, estas personas se sienten más capaces de cumplir con las actividades relacionadas con la ingesta de alimentos que con las físicas, tanto cotidianas como programadas. Estos resultados sugieren que sentirse capaz de vencer la tentación del reforzamiento a corto plazo (placer) que produce el comer es mucho más fácil, quizás por los cambios en el proceso de regulación del apetito tras la realización de la MG ¹¹ específicamente por la supresión de la grelina; que sentirse capaz de soportar las consecuencias aversivas inmediatas de hacer ejercicios regularmente (dolor muscular, cansancio, buscar tiempo).

Por supuesto, que la persona al creer que tiene las habilidades de auto-regulación de su peso y a su vez de que es capaz de ejecutarlas, probablemente tendrá mejores resultados en alcanzar el peso deseado tras la intervención quirúrgica, al darse cuenta que manifiesta menos hambre y come menos. Estos resultados podrían impulsar a los investigadores interesados en el área a ir un poco más allá, es decir, a tener presente la idea de que las habilidades de auto-regulación y las creencias de eficacia podría ser predictores no sólo de la pérdida de peso, como lo han demostrado algunos estudios señalados por Martin, Dutton y Brantley ⁷⁷, sino también de la adhesión terapéutica, específicamente en el procedimiento de la MG.

En relación a las creencias de control o “Locus de control en el peso”, se observaron valores moderados en las tres dimensiones, siendo ligeramente mayor la internalidad, seguida de otros poderosos y azar. Estos resultados sugieren que los participantes de este estudio son personas con cierto nivel de internalidad que creen en su responsabilidad, pero que también creen en el poder de factores externos para alcanzar el peso deseado. De hecho, plantearse una intervención quirúrgica como la MG implica creer en el procedimiento como estrategia efectiva para perder peso, bajo la supervisión de médicos y especialistas (otros poderosos). No obstante, es necesario tener cierto nivel de internalidad que permita asumir la responsabilidad en el cumplimiento de las indicaciones dadas por este personal.

El patrón de creencias de control obtenido en el estudio, coincide con el planteamiento realizado por Wong y Sproule⁷⁸ el cual enfatiza la importancia de tener un balance entre las creencias de control para la obtención de beneficios y la adaptación a determinadas situaciones, desmitificando así el hecho de que tener un locus de control externo es disfuncional y que necesariamente hay que tener un control interno para lograr la pérdida de peso. Este balance entre ambas creencias de control pareciera permitirles a los participantes no sentirse los únicos responsables en la realización de los comportamientos necesarios para el éxito del tratamiento, así como también ser más flexibles al valerse de las ayudas externas que puedan facilitar el logro de su meta.

Para resumir, el patrón de control personal encontrado en las personas obesas participantes de este estudio las cuales deseaban realizarse una MG, se caracterizan por presentar habilidades moderadas para auto-regular su ingesta alimentaria y las actividades físicas dirigidas a perder peso, así como creencias moderadas de eficacia para realizar dichas actividades. Sus creencias respecto al locus de control se caracterizan por ser moderadas, es decir, se sienten responsables de su peso, reconocen que la ayuda de especialistas en diferentes áreas es beneficioso para alcanzar la pérdida de peso deseada, además de aceptar que el azar, la genética o la biología tiene su papel en la problemática que viven; resultados que concuerdan con lo obtenido por Lugli ²³ en personas obesas que acuden a tratamiento nutricional. Este patrón pudiera explicar primero por qué para el obeso es tan difícil perder peso y mantenerse en el nuevo peso con el paso del tiempo; y segundo, por qué opta por un procedimiento quirúrgico que implique una solución a su problema y los motiven a iniciarlo.

Considerando lo anteriormente expuesto, se plantea la necesidad de desarrollar una línea de acción para los tratamientos cognitivo-conductuales en el área de la MG, donde se hace necesario no solamente entrenar en habilidades de auto-regulación, sino trabajar en el cambio de creencias relacionadas con el peso, tanto las de eficacia personal como las creencias de control, todo lo cual podría facilitar la posterior adhesión a las prescripciones a lo largo del tratamiento así como también evitar el abandono del seguimiento clínico.

REFERENCIAS

1. Kleifinger S, Robles J, Vásquez JH, Murillo A, Silva J, Esparza R, et al. *Asoc Mex Cir Endoscópica*. 2009; 10(1): 23-26.
2. Makarem-Kanso Z, Miquilarena R, Navas H, Fermín D, Jiménez R. *Manga Gástrica Laparoscópica. técnica para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida: experiencia en 70 casos*. *Rev Venez Cirugía*. 2008; 61(3): 125-130.
3. Instituto Nacional de Nutrición. *Periódico Informativo*. 2010. [Citado: 20 de Marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.inn.gob.ve/pdf/periodico/periodico3.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad y sobrepeso*. 2010. [Citado: 14 de Mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
5. Melissas J, Daskalakis M, Koukouraki S, Askoxylakis I, Metaxari M, Dimitriadis E. *Sleeve Gastrectomy- A “food limiting operation”*. *Obesity Surgery* 2008; 18: 1251-1256.
6. Braguinsky J. *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de obesidad*. Buenos Aires: Acindes. 2007.
7. Fernández L y Álvarez M. *Obesidad y cirugía bariátrica: implicaciones anestésicas*. *Nutrición Hospitalaria*. 2004; 19(1): 34-44.
8. Muñoz O, Agudelo D, Bernal JC, Duarte A, Echeverry L, Orrego JD. *Cirugía bariátrica: Experiencias iniciales en Pereira*. *Rev Med Risaralda*. 2008; 14(1): 5-14.
9. López JA, Guzmán F, Ortega F, Hermosillo C, Calleja C, Torres J. *Manga gástrica laparoscópica como procedimiento bariátrico único*. *Asoc Mex Cir Endoscópica*. 2008; 9(4): 165-169.

10. Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, Pomp A. Early experience with two stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super- obese patient. *Obesity Surgery*. 2003; 13:861-864.
11. Sánchez A, Sánchez R, Benitez G, Cantele H, Rodríguez O, García V. Gastrectomía en manga. una alternativa en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. *Rev Venez Cir*. 2007; 60(1): 1-7.
12. Chacón H, Salas J, Benitez G, García V, Arias D. Gastrectomía en manga laparoscópica para el tratamiento de la obesidad mórbida. *RFM*. 2009; 32(2): 158-165.
13. Cal P, Mendoza JP, Jaimerena S, Deluca L, Stöger G, Ceiro A. Gastrectomía en Manga. Técnica Quirúrgica y Resultados a Mediano Plazo. *Rev Argent Resid Cir*. 2010; 14(2): 70-74.
14. Cortez M, Torres M, Herrera G, Zapata G, Monge B, Salazar J. Gastrectomía vertical en manga laparoscópica: Análisis de los primeros ciento cincuenta casos. *Asoc Mex Cir Endoscópica*. 2007; 8(3): 122-127.
15. Mogno P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial bariatric operation for high-risk patients: initial results in 10 patients. *Obesity Surgery* 15: 1030-1033.
16. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA*. 2003;187-193.
17. Gálvez R, Marín E, Funes F, Mendoza A, Arellano G, Flores J.. Estudio prospectivo comparativo de bypass gástrico laparoscópico vs gastrectomía vertical laparoscópica. Efectos sobre el síndrome metabólico. Resultados a un año. *Cirujano General*. 2010; 32(2): 83-89.
18. Sugerman HJ, Wolfe LG, Sica DA, Clore JN. Diabetes and hypertension in severe obesity and effects of gastric bypass-induced weight loss. *Ann Surgery*. 2003;751-756.
19. Escartí MA, s.f. [Citado: 20 de Marzo 20 de 2011]. Disponible en: <http://www.intraobes.com>
20. Guías nutricionales de la Sociedad Americana para Cirugía Metabólica y Bariátrica. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. 2008.
21. Román Y, Díaz B, Cárdenas M, Lugli Z. Construcción y validación del inventario de autoeficacia percibida para el control de peso. *Clínica y Salud*. 2007; 18(1): 45-56.
22. Rubio M, Moreno C. Tratamiento médico de la obesidad mórbida: alternativas actuales, límites y perspectivas. *Cir Española*. 2004; 75(5): 219-224.
23. Lugli Z. Autoeficacia y locus de control como predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas que asisten a tratamiento. Tesis para optar al grado de profesor agregado. Caracas: Universidad Simón Bolívar; 2008.
24. Adolfsson B, Andersson I, Elofsson S, Rössner S, Undén A. Locus of control and weight reduction. *Patient Educ Counseling*. 2005; 56(1): 55-61.
25. Crespo M, Ruiz S. Trastorno de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. *Universitas Médicas*. 2006; 47(2): 157-176.
26. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*. 2005; 6: 67-85.
27. Link L, Jacobson J. Factors affecting adherence to a raw vegan diet. *Complementary Therap Clin Practice*. 2007; 10(1): 1-7.
28. Mills J. Interpersonal dependency correlates and locus of control orientation among obese adults in outpatients treatment for obesity. *J Psychology*. 1994; 128(6): 667-674.
29. Ruiz M, Berrocal C, Valero L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*. 2003; 14(3): 557-582.
30. Steptoe A. The significance of personal control in health and disease . En: A, Steptoe, A y Appels, A. (Eds). *Stress, personal control and health*. Brussels-Luxembourg: John Wiley & Sons. 1989.
31. Lugli Z, Vivas, E. Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud Púb México*. 2001; 43(1): 9-16.
32. Bandura A. Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. España: Desclée De Brouwer. 1999.
33. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York, United States of America: Editorial Freeman and Company, 2000.
34. Astudillo C, Rojas M. Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Act Colomb Psicología*. 2006; 9(1).
35. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetit*. 2009; 52(1): 209-216.
36. Campos S, Pérez J. Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Rev Chil de Nutrición*. 2007; 34(3): 213-218.
37. Cochrane C. Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments. Helping patients develop self-efficacy. *Canad Fam Physician*. 2008; 54: 543-547.
38. Going S, Lohman T, Cussler E, Teixeira P. Predictors of Compliance with 5-Year Follow-up Assessments in a Weight Loss Intervention. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2007; 39(5).
39. Mata J, Silva M, Vieira P, Carraca E, Andrade A, Countinho S et al. Motivational "Spill-Over" During Weight Control: Increased Self-Determination and Exercise Intrinsic Motivation Predict Eating Self-Regulation. *Health Psychology*. 2009.
40. Martin B, Dutton G, Brantley P. Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity Research*. 2004; 12(4): 646-651.
41. Palmeira A, Teixeira P, Branco T, Martins S, Minderico C, Barata J et al. Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *Int J Behav Nutrition Physical Activity*. 2007; 14(4):1-12.
42. Smeets T, Vries H. Misconceptions about Physical Activity. . Trabajo presentado en: 8th International Congress of Behavioral Medicine. Integrating Social and Behavioral Sciences with Medicine and Public Health. Maínz, Germany. 2004.
43. Vechi H, Ooba Y, Ashihara M, Kamiya Y, Takenaka K. An application of the Transtheoretical Model to Physical Activity among Japanese Children. Trabajo presentado en: 8th International Congress of Behavioral Medicine. Integrating Social and Behavioral Sciences with Medicine and Public Health. Maínz, Germany. 2004.

44. Olivari C, Urrea E. Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería* XIII. 2007; 1: 9-15.
45. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control reinforcement. *Psychol Monographs*. 1966; 80:609.
46. Puertas-López E. Locus de control: Validación de la escala M.H.L.C. Carabobo, Venezuela: Ediciones del Rectorado de la Universidad de Carabobo. Valencia. 1990.
47. Cioffi J. Factors that enable and inhibit transition from a weight management program: a qualitative study. *Health Educ Research*. 2002; 17(1): 19-26.
48. Williams C, Grow V, Freedman Z, Ryan R, Deci E. Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance. *J Personal Social Psychology*. 1996; 70(1): 115-126.
49. Johnson N, Sanchinwalla T, Walton D, Smith K, Armstrong A, Thompson M et al. Aerobic Exercise Training Reduces Hepatic and Visceral Lipids in Obese Individuals Without Weight Loss. *Hepatology*. 2009; 50(4): 1105-1112.
50. Tanofsky-Kraff M, Han J, Anandalingam K, Shomaker L, Columbo K, Wolkoff L et al. The FTO gene rs9939609 obesity-risk allele and loss of control over eating. [Citado: 20 de Marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.ajcn.org>.
51. Annesi JJ, Unruh JL. Relations of exercise, self-appraisal, mood changes and weight loss in obese women: Testing propositions based on Baker and Brownell's 2000 model. *Am J Med Sciences*. 2008; 335: 198-204.
52. Larraburu I. Acoso a los obesos. 2004. [Citado: 23 de Noviembre de 2005]. Disponible en: http://www.compumedicina.com/psiquiatria/psiq_main.shtml
53. Ochoa E. De la anorexia a la bulimia. Madrid: Santillana. 1996.
54. Polanco R. El uso del autocontrol en la terapia del comportamiento. *Aprendizaje y comportamiento*. 1979; 2(1-2): 39-61.
55. Saldaña C, Rossell R. Obesidad. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. 1988.
56. Saldaña C. Evaluación de trastornos del comportamiento alimentario. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide. 1994.
57. Buela-Casal G, Caballo V y Sierra S. Manual de psicología clínica aplicada. Comp. Madrid: Siglo XXI. 1991.
58. Baker R, Kirschenbaum D. Self-monitoring may be necessary for successful weight control. *Behavior Therapy*. 1993; 24: 377-394.
59. Blundell J. What food do people habitually eat? A dilemma for nutrition an enigma or psychology. *Am J Clin Nutrition*. 2000; 71(11): 3-5.
60. Kraak V, Pelletier DL. The influence of commercialism on the food purchasing behavior of children and teenage youth. *Fam Econ Nutrition Review*. 1998; 11: 15-24.
61. Wing R, Tate D, Gorin A, Raynor H, Fava J. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J medicine*. 2006; 355: 1563-1571.
62. López-Pardo M, de Torres ML, Díaz J. Cuidados en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. *Rev Med Univ Navarra*. 2006; 50(4): 15-22.
63. Moreno B, Zugasti A. Cirugía bariátrica: situación actual. *Rev Med Univ Navarra*. 2004; 48(2): 66-71.
64. Álvarez, R. Lucas y sombras en cirugía bariátrica. *Rev Chil Cirugía*. 2009; 61(4): 393-395.
65. Braguetto I, Ibarra O, Rojas J, Korn O, Valladares H. Reoperaciones por fracaso tardío de la cirugía bariátrica. Reporte de 5 casos clínicos. *Rev Chil Cirugía*. 2006; 58(6): 456-463.
66. Cárcamo C. Cirugía de la obesidad mórbida. *Cuad Cir*. 2003; 17:64-70.
67. Csendes A, Burdiles P, Jensen C, Díaz JC, Cortés C, et al: Resultados preliminares de la gastroplastia horizontal con anastomosis en Y de Roux como cirugía bariátrica en pacientes con obesidad severa y mórbida. *Rev Med Chil* 1999; 127: 953-960.
68. De Aretxabala X, León J, Wiedmaier G, Maluenda F, Rossi R, Benavides C. Gastrectomía vertical posterior a retiro de banda gástrica. *Rev Chil Cirugía*. 2010; 62(6). 582-586.
69. Rubio M, Rico C, Moreno C. Nutrición y cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes*. 2005; 2: 5-15.
70. Vojvodic, I. Cuestionamientos a la Cirugía Bariátrica. *Rev. Gastroenterol. Perú*. 2009; 29(4): 355-361.
71. D'Anello S. Cumplimiento del tratamiento médico: aspectos psicosociales. En: Esqueda L, Escalante G, D'Anello S, Barreat Y, D'Orazio A. (Eds). *Aportes a la psicología social de la salud*. Mérida: CODEPRE. 2006.
72. Lugli Z, Arzolar M, Vivas E. Construcción y validación del Inventario de Autorregulación del Peso: validación preliminar. *Psicología y Salud*. 2009; 19(2): 281-287.
73. Bandura A. Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales. Barcelona: Martínez Roca. 1987.
74. Lugli Z, Vivas E. Construcción y validación del inventario de Locus de control del peso: Resultados preliminares. *Psicología y salud*. 2011; 21(2): 165-172.
75. Branon L, Feist J. Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo. 2000.
76. Bandura A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. 2001. [Citado: 20 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.revistaevaluar.com.ar/edgardo/bandura.htm>.
77. Martin P, Dutton, G, Brantley P. Self-Efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity Surgery*. 2004; 81: 113-117.
78. Marks M. Deconstructing locus of control: implications for practitioners. *J Counseling Development*. 1998; 76: 251-260.

CORRESPONDENCIA: Mariela González. Departamento de Ciencias y Tecnologías del Comportamiento, Universidad Simón Bolívar 89000, 1081-A. Caracas. Venezuela. Teléfono: 582129063595. Correo electrónico: marielagonzalez@usb.ve.