

**VALIDACION Y ESTANDARIZACION DE LA ESCALA DE LOCUS DE  
CONTROL EN SALUD (VC)\* Y SU RELACION CON ALGUNAS VARIABLES  
SOCIODEMOGRAFICAS.**

**(INFORME FINAL DE INVESTIGACION)**

Milton Eduardo Bermúdez Jaimes & Carlos Cifuentes Villalobos

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

BOGOTA- COLOMBIA

**ANTECEDENTES**

El objetivo del presente trabajo fue validar y estandarizar la prueba de Locus de Control en Salud (MHLC) de Wallston, Wallston y De Vellis (1978), así como identificar las correlaciones con algunas variables sociodemográficas como : edad, sexo, nivel de ingreso, nivel de escolaridad, actividad, creencias religiosas, tipo de religión, grado de credibilidad y frecuencia en la práctica religiosa. Este estudio pretendió abrir un espacio importante no sólo a nivel investigativo, sino en cuanto a la posibilidad de realizar evaluaciones más objetivas que puedan predecir la posible presentación de problemáticas relacionadas con Locus de Control y salud.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el constructo de Locus de Control se va a medir con la variable salud, se hace necesario referir la Psicología de la Salud, en cuanto a su definición, actividades y campos de acción.

**Psicología de la Salud**

La Psicología de la Salud se ocupa; de la intersección entre el sistema total de la salud y de la ciencia psicológica dentro de un ámbito social. Es así como ésta, debido a su carácter sistémico, ha contribuido a reconceptualizar el proceso salud – enfermedad demostrando que el factor biológico no es más que un elemento de dicho

proceso, resaltando la importancia de factores sociales, económicos, políticos, culturales y comportamentales.

De igual forma, Ospina (1989) indica que en cuanto a los campos de acción la psicología de la salud desarrolla actividades asistenciales y de prevención a nivel primario, secundario y terciario. Entendiendo por prevención primaria la superación del enfoque individualista por un enfoque de participación activa dirigida a la comunidad; por prevención secundaria el conjunto de actividades tendientes a reducir la duración, extensión y gravedad de un problema de salud. Y por prevención terciaria las técnicas orientadas a la adaptación y rehabilitación de la problemática que presenta el individuo.

Así mismo, Rodríguez – Marín, (1991) citado por Fernández B (1994) plantea que el empezar a utilizar los métodos de cambio de conducta en el marco de la salud se hizo fundamentalmente desde el modelo preventivo, cuyo objetivo era persuadir a las personas para que adoptaran conductas que permitieran prevenir la enfermedad ya sea a nivel primario, secundario o terciario.

Por lo tanto es relevante incorporar un modelo que permita el uso de la psicología en el área de la salud prestando la debida atención al contexto social desde una perspectiva no sólo defensiva sino también promotora. Por lo cual muchos de los encargados de administrar la salud han puesto sus miras en la psicología con la esperanza de encontrar una guía para promocionar acciones de autoprotección en las poblaciones de riesgo y de aumento de sus niveles de salud.

Así pues, mientras que la psicología de la salud, quizá, bajo el influjo de la medicina comportamental, se ha preocupado principalmente de prevenir o mejorar la salud a nivel individual, cada vez más se pone de relieve su potencial no sólo para aplicar a otras áreas y niveles de intervención, sino para asumir el papel activo del

contexto social en la prevención y/o promoción de la salud, (Rodríguez y Colbs, 1991).

Por ello tal como lo indicó Matarazzo (1980) teniendo en cuenta que dos de los objetivos básicos en psicología de la salud son la promoción y el mantenimiento de la salud, así como también la prevención y tratamiento de la enfermedad es necesario investigar; de que factores dependen y cuáles son los procesos involucrados en los comportamientos de riesgos y prevención; y de que factores dependen y cuáles son los procesos involucrados en los comportamientos que incrementan, disminuyen o mantienen la salud y la enfermedad. Por tal razón resulta necesario para investigar dichos factores contar con métodos, instrumentos y técnicas que nos permitan medir de forma válida y confiable, las características que se dan en un momento y comportamiento dado, así como también los estados biológicos. En resumen dicha evaluación permitirá conocer si la enfermedad avanza, retrocede o se mantiene o si las conductas preventivas o de riesgo aumentan o disminuyen la frecuencia.

### **El Locus de Control Y los Estilos Atribucionales**

Ahora bien, en relación con el concepto de locus de control, se presenta a continuación una descripción del desarrollo, evolución y medición del mismo.

La primera descripción del constructo de locus de control se debe a Phares (1951), quien demostró que las personas diferían en como daban respuesta a sus experiencias de éxito o fracaso de determinadas conductas (citado por Rotter, 1954). Más adelante, Rotter (1954), inicio el estudio de este constructo desde el punto de vista teórico y hacia la década de los 70, el mismo autor inicia el estudio a nivel empírico mediante investigaciones descriptivas y experimentales (Lefcourt, 1987). En los últimos años el concepto ha evolucionado hasta llegar a la transformación de estilos atribucionales para explicar el tipo de esquemas cognoscitivos que los sujetos

manejan (Kendall 1987), según este autor los estudios de locus de control han sido encaminados a dos objetivos básicos; en primer lugar estructurar instrumentos de evaluación válidos y confiables en la identificación del tipo de locus de control que los sujetos manejan ante determinadas situaciones, y en segundo lugar el aporte de conocimiento que explica porque el locus de control incide en la presentación de problemáticas a nivel clínico.

Dado que el concepto de locus de control se desarrolla dentro del marco teórico del modelo conductual es importante presentar una síntesis de la evolución del mismo.

Es así, como Barrientos (1984), realizó una síntesis del desarrollo histórico del conductismo, donde señala que la primera generación de conductistas fue representada por Pavlov y Thordike (1942), cuyos aportes fueron la identificación de algunos principios básicos del aprendizaje y el establecimiento de una orientación investigativa en el laboratorio.

En la siguiente década, tres concepciones marcaron la pauta y constituyeron la segunda generación del conductismo a saber: el conductismo intencionalista de Tolman, el cual enfatiza la mediación cognoscitiva entre el estímulo y la respuesta observable, también surge el conductismo formal de Hull según el cual los procesos neurofisiológicos asumían el papel mediador y finalmente la psicología de la triple relación de contingencia propuesta por Skinner (1956), así mismo, mediante la investigación ideográfica el autor problematizó las explicaciones del aprendizaje y se impuso como una teoría coherente y empíricamente válida, de los tres autores citados, anteriormente por Barrientos (1984), sólo recientemente se ha reconocido la importancia del trabajo de Tolman puesto que el desarrollo de la psicología conductual se vio ante la propia necesidad de recurrir a los procesos cognoscitivos.

Por otra parte, hacia finales de los años cincuenta surge la tercera generación de la psicología conductual a la cual se le denominó genéricamente como conductismo social, esta generación responde a la necesidad de una filosofía teórica del comportamiento social humano, sus comienzos fueron fundamentados en trabajos como los de Rotter, Peterson, Staats y posteriormente ampliados por Bandura, Mischel, Harbin, Ullman, Krasner y otros, (citados por Barrientos, 1984).

Es así como el autor señala que todo este desarrollo tanto teórico como experimental dio base para el surgimiento del conductismo social, que aunque presenta diferentes líneas de acción, éstas concuerdan en los fundamentos generales que son; el objeto de estudio, el cual es reconocido como el componente social del individuo pasando así de un enfoque molecular a uno molar. Además menciona que el conductismo social identificó variables ambientales relevantes provenientes de la interacción social del individuo y reconoció la importancia del comportamiento privado especialmente a nivel cognoscitivo y simbólico.

De igual forma, el autor destaca que aunque el objeto de estudio es el comportamiento social, no descuida el control de la observación y el rigor metodológico heredados de las generaciones anteriores, el conductismo social resalta la utilidad fundamental del concepto "personalidad" en el análisis del comportamiento del individuo.

Fue precisamente durante el desarrollo de esta concepción donde surgió el constructo de locus de control planteado por Rotter (1954) dentro de la teoría del rol que se compone de conceptos relacionados tales como: variables, antecedentes externas e internas; acción cognoscitiva mediadora en la cual se interpreta la información, se identifican las demandas del medio, las expectativas sobre sus actos

y la congruencia del rol social con el locus de control desarrollado por el individuo, sea interno o externo, (Barrientos, 1984).

Igualmente, Rotter (1954), propuso en su teoría la existencia de dos fuentes de control, uno externo y el otro interno, el primero se presentaba durante el proceso de desarrollo y adaptación del individuo al medio social y el segundo a medida que el individuo maduraba a nivel cognoscitivo y asimilaba las normas sociales impuestas por el medio.

Es así como Halder (1958) y Keele (1967), bajo la perspectiva del aprendizaje social argumentaron que ciertas configuraciones de información situacional llevan a la gente a hacer inferencias causales, mientras que ciertas informaciones situacionales no quitan ambigüedad de un evento con respecto a su causa (citado por Kendall, 1981).

Por otro lado, Bandura (1972), señaló que las fuentes de socialización primaria ejercen un control externo en el individuo, como los padres, los familiares, grupos de amigos y la escuela, plantea además que con el proceso de socialización secundaria el sujeto va adquiriendo su representación de valores y principios que le permiten hacer una atribución de su conducta tanto a agentes internos como externos que en últimas fundamenta el locus de control que ha desarrollado.

Además Levenson (1974) establece que la externalidad puede ser de dos tipos: Externalidad auténtica, la cual es influenciada por atribuciones a la suerte, y es propia de los individuos que se sienten controlados por el azar, el destino o por cualquier otra entidad sobrenatural. Y la externalidad defensiva generada por la influencia de terceras personas y es propia de los individuos que perciben su conducta como respuesta de los eventos que les ocurren bajo la dirección de otras personas que consideran como poderosas. Por tanto el locus de control se refiere al

grado hasta el cual una persona percibe los eventos de su propia vida como consecuencia de sus propias acciones o como resultado de la acción de otras fuerzas externas, una persona es interna en la medida en que se siente responsable del control de su propia conducta. Estas definiciones son precisamente las que sustentan este estudio.

En cuanto a la teoría del aprendizaje, la cual propone que el individuo desarrolla una expectativa específica o general acerca de la influencia que ejercen determinados eventos o refuerzos que recibe, estos eventos pueden presentarse como consecuencia de su propia conducta o por la influencia de otras fuerzas ajenas a él (Rotter, 1975)

En otro estudio Rotter (1975), propone dos fuentes de control básicos, por un lado el externo, identificado en la formación temprana de los individuos que durante la infancia viven un proceso de formación y adaptación a su contexto social. También sugieren que la otra fuente de control surge a medida que el individuo asocia situaciones similares identificando las conductas aprobadas en su contexto social. Es así, como gracias a la interiorización que el sujeto hace de sus conductas mediante el lenguaje, logra identificar comportamientos específicos que le permiten predecir las reacciones aprobadas o reprobadas ante la conducta.

De acuerdo con lo anterior, Rotter (1975) define Locus de Control como: La creencia que tiene el individuo acerca de si existe relación o no entre su comportamiento y los refuerzos que recibe, identificando la internalidad como los eventos o conductas atribuidas a si mismo, a cualidades o atributos y la externalidad definida como la percepción de eventos o conductas que han sido generadas por la suerte, azar u otras personas.

Posteriormente, Kendall (1981), redefine el término Locus de control a través del análisis del proceso de atribución causal propuesto por la psicología cognoscitiva y

adaptado al modelo cognoscitivo- conductual trabajado por el autor, el cual fundamenta el estilo atribucional a partir de la afirmación de que las creencias generalizadas que las personas hacen acerca del mundo restringen y seleccionan los eventos haciendo que algunas interpretaciones sobresalgan más que otras, pero no aprobadas del todo, ya que los psicólogos cognoscitivistas enfatizan que muchas de las inferencias diarias son rápidas e involuntarias y están lejos de nuestra voluntad.

Este autor basa en gran parte su replanteamiento del concepto de Locus de Control en trabajos como los de Jonson, Laird & Wason (1977), Harris y Monaco (1978), citados por Kendall (1981), los cuales plantearon una perspectiva del proceso de atribución bajo la integración del trabajo con la psicología social, cognoscitiva y de la personalidad. Desde este punto de vista una concepción adecuada del proceso de atribución causal requiere el reconocimiento de que cualquier evento o comportamiento por si mismo es ambiguo con respecto a la asignación de la causa, es decir, dado algún evento existe un gran número de factores posibles que pueden haberlo causado.

Es así como, Kendall (1981), menciona que el proceso de inferencia causal involucra la utilización de información, sea deliberado o automático para aclarar el comportamiento con respecto a su causa, para cualquier evento la información puede variar en el grado en el cual se señalen y comiencen las atribuciones causales para tal evento. De igual forma ciertas configuraciones de la información hacen que algunas atribuciones sean más sobresalientes que otras y algunas no comprobadas del todo.

Así mismo, menciona que una extrapolación desde el trabajo contemporáneo de la psicología cognoscitiva sugiere que al resolver la ambigüedad causal, las personas no solo confían en la clase de información situacional relevante, es decir consenso

distinción y consistencia, sino que también confían en su sistema de creencias, conocimiento de sí mismo, de otras personas y del mundo.

En cuanto a las atribuciones causales Mc Arthur (1976) indica que las diferencias individuales en las atribuciones causales son minimizadas debido a que las personas están confiando en la información situacional más que en las creencias generalizadas al resolver una ambigüedad causal. Sin embargo, Ajzen (1977) y Ross (1978), plantean que para una descripción similar del proceso de atribución, con respecto a la información situacional, las creencias generalizadas varían en el grado en el cual los individuos resuelvan la ambigüedad acerca de la causa de un evento.

De igual manera, Ross (1978), argumentó persuasivamente que bajo algunas condiciones las personas que tienen creencias generalizadas hacen inferencias causales sorprendentes pero a la vez discrepantes con la información situacional, según el autor las atribuciones causales de las personas serán guiadas por las creencias generalizadas que están en conflicto con la información situacional cuando esta información es novedosa o inconsistente con la información situacional adquirida anteriormente. También señaló que cuando a las personas se les presenta evidencias contrarias a las creencias generalizadas, ellas hacen atribuciones con la información situacional, las cuales son extrañas a sus creencias habituales.

En cuanto a una revisión de estudios sobre estilos atribucionales recopilados por Kendall (1981), este define el estilo atribucional como la tendencia a hacer una clase particular de inferencia causal a través de diversas situaciones y del tiempo. Un individuo muestra un estilo atribucional en el grado en que hace atribuciones similares para los eventos, los cuales ocurren en diferentes momentos.

El autor plantea que es importante distinguir entre el contenido atribucional y el estilo atribucional dado que el contenido atribucional simplemente se refiere a la

atribución particular que un individuo hace, tal como la habilidad o dificultad de la tarea. En contraste el estilo atribucional se refiere a la consistencia en los contenidos atribucionales obtenidos a través de las situaciones y del tiempo tal como las atribuciones de habilidad para el éxito o fracaso.

Cuando una persona hace inferencias causales similares en situaciones diferentes y a través del tiempo, Kendall (1981) sugiere que el individuo desplazará un estilo atribucional en el grado en que confía que utiliza la misma información para resolver la ambigüedad causal a través de situaciones diferentes y a través del tiempo, es decir, un individuo hará la misma atribución para los diferentes eventos si confía que, utilizando la misma información infiere el por qué ocurren los mismos eventos.

De esta manera Kendall (1981) concluye que la perspectiva del proceso atribucional enfatiza en que las personas bosquejan la información situacional así como sus creencias y motivaciones generalizadas para resolver la ambigüedad a causa de los eventos.

El concepto atribución que se maneja en la psicología socio-conductual hace referencia a la causalidad o determinismo que el individuo atribuye a hechos, circunstancias o acciones. El individuo en este nivel puede explicarse a sí mismo su vida, como un producto fatalmente determinado por sus padres o por el destino o por la suerte, la providencia, el demonio etc; casos en los cuales la atribución hecha por las personas es netamente externa. Las actitudes de víctimas, desesperanza o derrotismo, reflejan por lo general este tipo de atribución. Cuando por el contrario, se atribuye a sí mismo toda la responsabilidad, toda la culpa, todo el fracaso o todos sus triunfos, se diría que hay una atribución interna (Rotter, 1982).

De igual forma, el autor afirma que el supuesto subyacente es que todo individuo se da una explicación correcta o no se sus propios comportamientos. La atribución como un proceso general que determina las causas del comportamiento puede considerarse como respuestas a diferentes preguntas para conocer más, de un estímulo; son mediadores entre todos los estímulos que encontramos en el mundo. Estas respuestas incluyen los pensamientos, los sentimientos y las acciones, por esta razón no respondemos a los acontecimientos que nos rodean, sino a la interpretación y significados dados a esos acontecimientos, provistos en parte, de las atribuciones que formamos de ellos. También menciona que como resultado del estudio de las atribuciones que la gente se forma, los teóricos de la atribución han procurado entender los tipos de causas que se relacionan con la gente en diferentes situaciones, que les permite entender y realizar su mundo así como identificar las consecuencias de hacer un tipo u otro de atribución.

De igual forma, Rotter (1982), afirma que se plantean tres problemas en el método de las atribuciones, el primero se refiere a que dado un caso particular tal como obtener una alta calificación en un examen, a la gente puede parecerle natural interpretar el caso con la atribución específica que se hace, pero no depende únicamente del caso en si, sino también de que se conozca el contexto del mismo, del conocimiento acerca de los casos pasados importantes y de la personalidad o factores motivacionales que afectan la atribución. El segundo tiene que ver con que las atribuciones tienen una explicación lógica de sentido común, al parecer cada cultura tiene sus propias ideas acerca de las razones básicas por las cuales suceden las cosas. Estos sistemas de creencias también proporcionan categorías de explicaciones razonables a las preguntas de interés para los teóricos de la atribución. El tercer problema hace referencia a que los hechos tendrán diferentes efectos dependiendo de

las atribuciones que se hagan a las situaciones en que se presentan. Las personas hacen atribuciones causales como respuesta a preguntas específicas (Langer, 1979) o a fin de entender, predecir o controlar su mundo (Heider, 1958) citados por Rotter (1982).

Investigaciones recientes sugieren que es más probable que la gente se forme atribuciones acerca de acontecimientos inesperados de fracaso (Wong y Weiner, 1981), además de las metas racionales de predicción y control, la gente también hace atribuciones a fin de elevar su propia imagen y sentirse mejor o para justificar sus acciones, en general se tiende a dar crédito a los éxitos y evitar responsabilidad por los fracasos.

Uno de los primeros problemas que deberán resolverse al estudiar las atribuciones causales, es como concebimos las atribuciones en sí mismas, la mayoría de los teóricos de la atribución han buscado categorías o dimensiones abstractas subyacentes que puedan emplearse para clasificar las atribuciones causales específicas que hace la gente en cualquier situación. Es así como se clasifican las dimensiones primarias de las atribuciones en: Internalidad, Estabilidad y Controlabilidad, (Rotter, 1982).

Sin embargo, Heiner (1958) diferenció primero entre fuerzas internas y externas las causas de los acontecimientos, esta distinción entre las causas internas y externas del sujeto se atribuyen a la dicotomía causal fundamental que se ha venido estudiando, por ejemplo Jones y Nisbeth (1972), propusieron que las personas tienden a atribuir su propia conducta a causas situacionales externas, en tanto que los observadores de estas conductas tienden a atribuir a la conducta personal interna.

## METODO

### Diseño

En cuanto al diseño del estudio se puede escribir en dos partes:

Inicialmente se trabajo con un estudio psicometrico para la validación y estandarización del instrumento. Para la segunda parte se utilizo un diseño descriptivo correlacional.

### Sujetos

La muestra seleccionada a través de un muestreo intencional o por accesibilidad, es decir, que se utilizara un muestreo no probabilística. En cuanto a las características demográficas las edades estarán comprendidas entre 16 y 65 años, de sexo masculino y femenino con nivel educativo superior a 5 grado de educación básica primaria, de clase socio – económica media. El número total de sujetos fue de 1228 participantes

### Instrumento

El instrumento utilizado para la validación y estandarización fue la escala mutidimensional de Locus de Control en Salud (VERSION COLOMBIANA) de Cifuentes & Vivas (1994). La escala está compuesta por 3 subescalas que permiten orientación de internalidad (I), externalidad defensiva (O.P) y externalidad autentica (A), cada una de las subescalas consta de 12 ítems para un total de 36. Esta escala tiene dos formas paralelas fraseadas de manera diferente. Los primeros 18 ítems configuran la

forma A, con sus tres subescalas (6 ítems cada una) y los 18 ítems restantes configuran la forma B (6 ítems cada una).

La orientación del constructo es medida por cada subescala; internalidad (I), externalidad autentica (A) y externalidad defensiva (O.P) en sus formas A y B. La escala seis alternativas para seleccionar la respuesta que mejor se adapte a las creencias d quien responde con una escala de rangos tipo likert, que va desde completamente en desacuerdo (1), desacuerdo moderado(2, desacuerdo leve (3), acuerdo leve (4), acuerdo moderado (5) y completamente de acuerdo (6).

Otro instrumento fue el cuestionario de variables sociodemográficas (ver apéndice 4) compuesto por nueve ítems que permitieron obtener información acerca de: edad, sexo, nivel de ingreso, nivel de escolaridad, actividad, creencias religiosas, tipo de religión, grado de credibilidad y frecuencia en la práctica religiosa.

El instrumento está compuesto por una serie de instrucciones y tres subescalas (ver apéndice 2) y su respectiva hojas de respuesta ( ver apéndice 3) y el cuestionario de variables sociodemográficas.

### Procedimiento

La validación y estandarización de la prueba Locus de Control en Salud (VERSION COLOMBIANA) de Cifuentes & Vivas (1994). Multidimensional de Locus de Control de Wallston, Wallston y De Vellis (1978) para la población de Bogotá y la correlación con algunas variables socio demográfica se realizó a través de las siguientes fases:

Fase 1:

Hace relación a la adaptación del instrumento cuya forma original se encuentra en idioma inglés y que fue remitido a los investigadores por la Universidad De Dakota del Norte (USA) y Adaptado por Cifuentes & Vivas (1994).

En esta misma fase se diseñará el cuestionario de variables socio demográficas.

Fase 2:

Se realizará un estudio piloto con el propósito de identificar la funcionalidad y la comprensión de los diferentes ítems de la prueba, además del entrenamiento de los investigadores en el manejo de la misma.

Para el efecto se aplicará el instrumento de 20 sujetos que cumplan con las siguientes características: edades entre 18 y 55 años, hombre, mujeres, con nivel de escolaridad inferior o equivalente a quinto grado, de clase socioeconómica baja, residente en la ciudad de Bogotá.

Fase 3

Los instrumentos, la Escala MHLC y el cuestionario de variables socios demográficos se aplicaran a una muestra representativa seleccionados intencionalmente o por accesibilidad y que cumplan con los siguientes criterios: edad, sexo, nivel de ingreso, actividad, nivel de escolaridad, creencias religiosas, grado de credibilidad y frecuencia en la práctica religiosa.

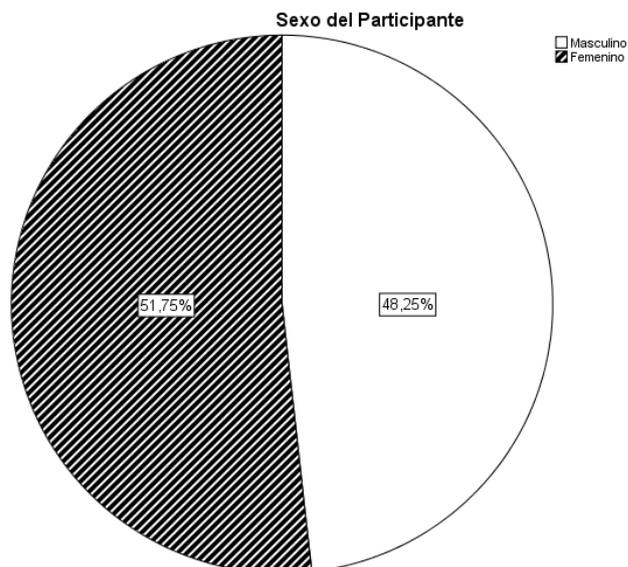
Fase 4:

Codificar los datos y realizar los tratamientos estadísticos pertinentes con este tipo de estudios.

## RESULTADOS.

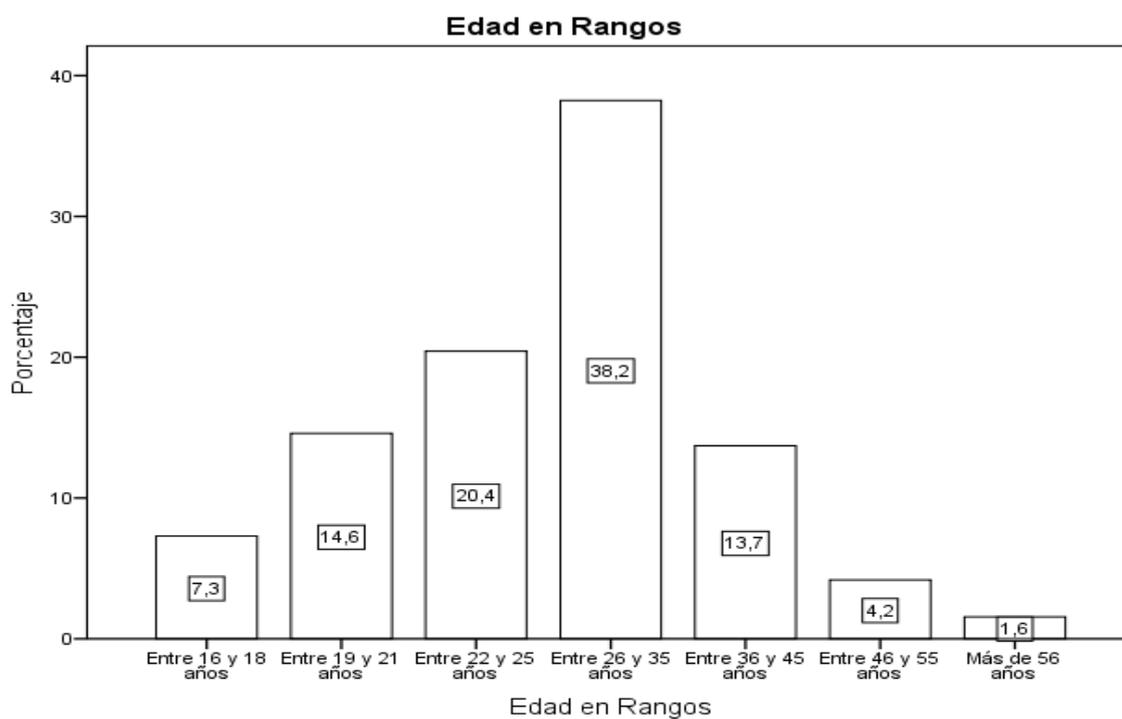
### Descriptivos de la Muestra.

#### *Sexo de los sujetos.*

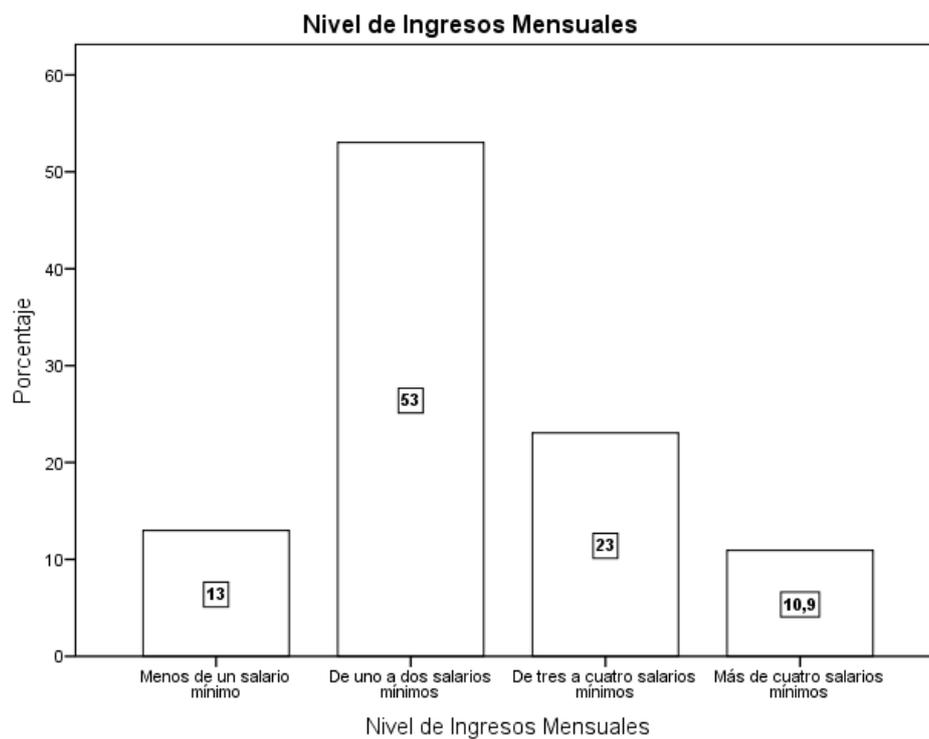


La muestra confirmada por 1028 sujetos de los cuales 532 eran mujeres y 496 hombres.

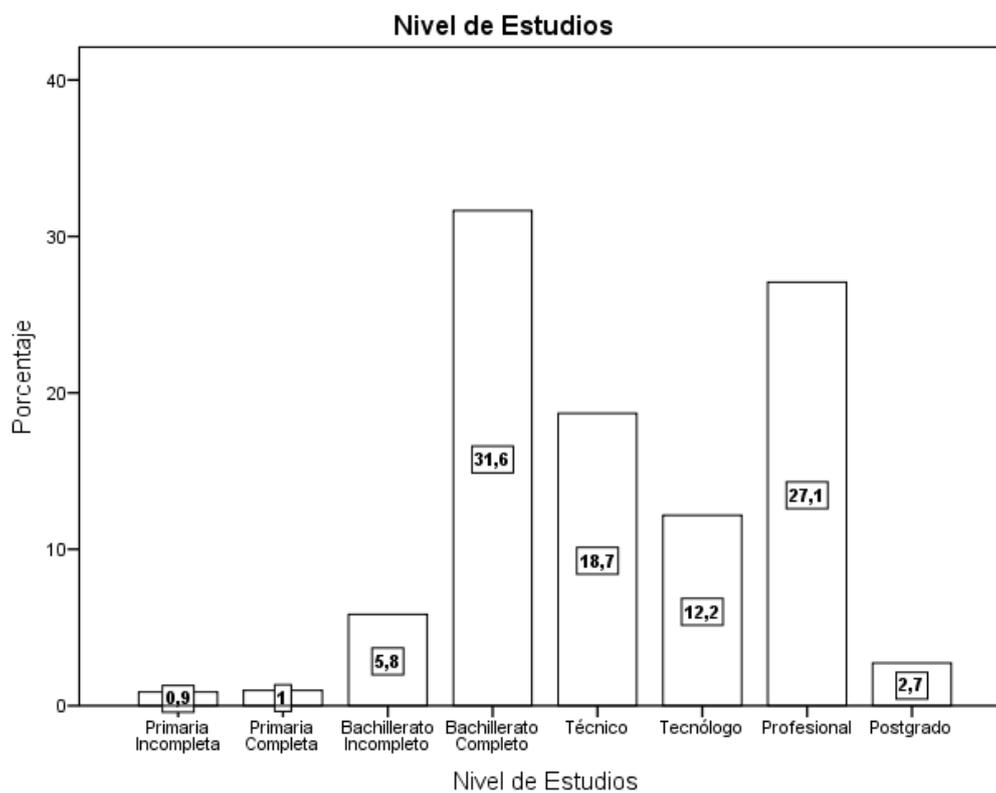
#### *Edad de los Sujetos.*

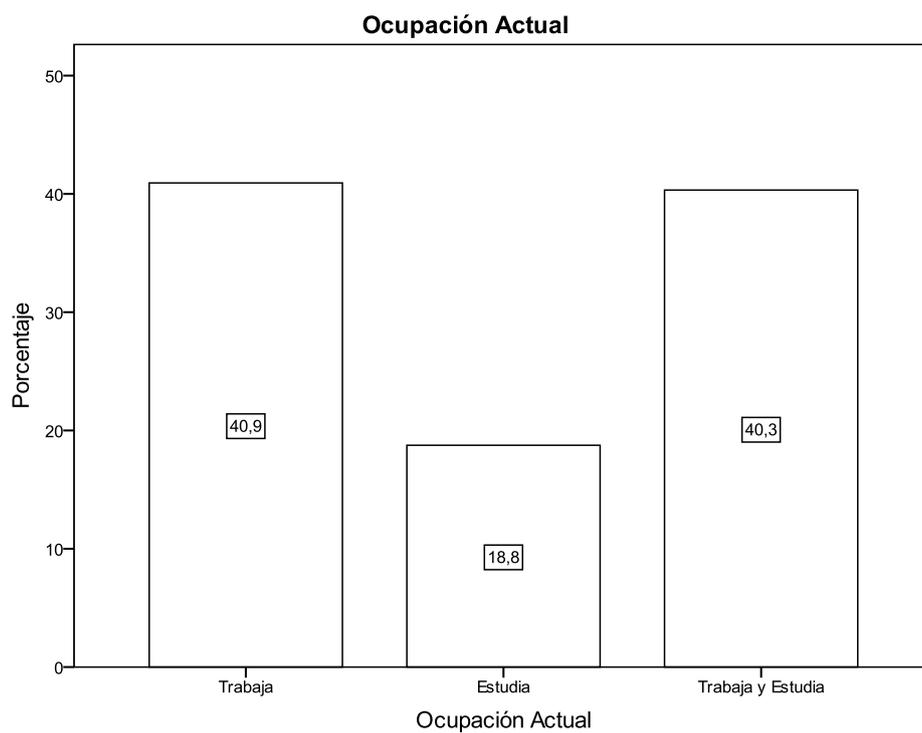
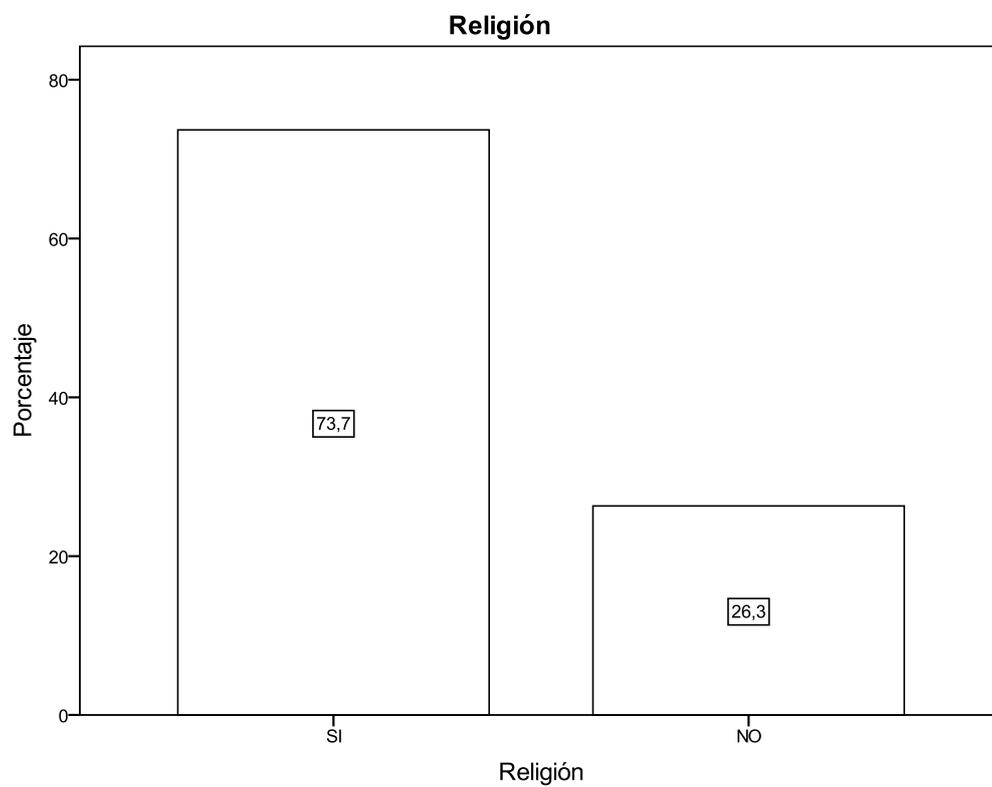


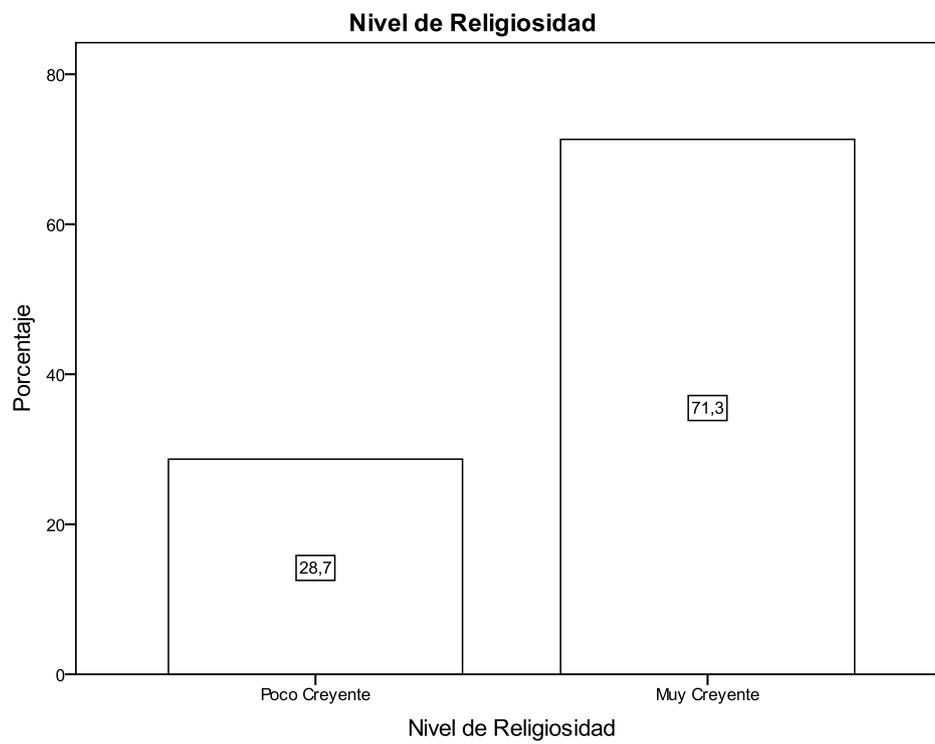
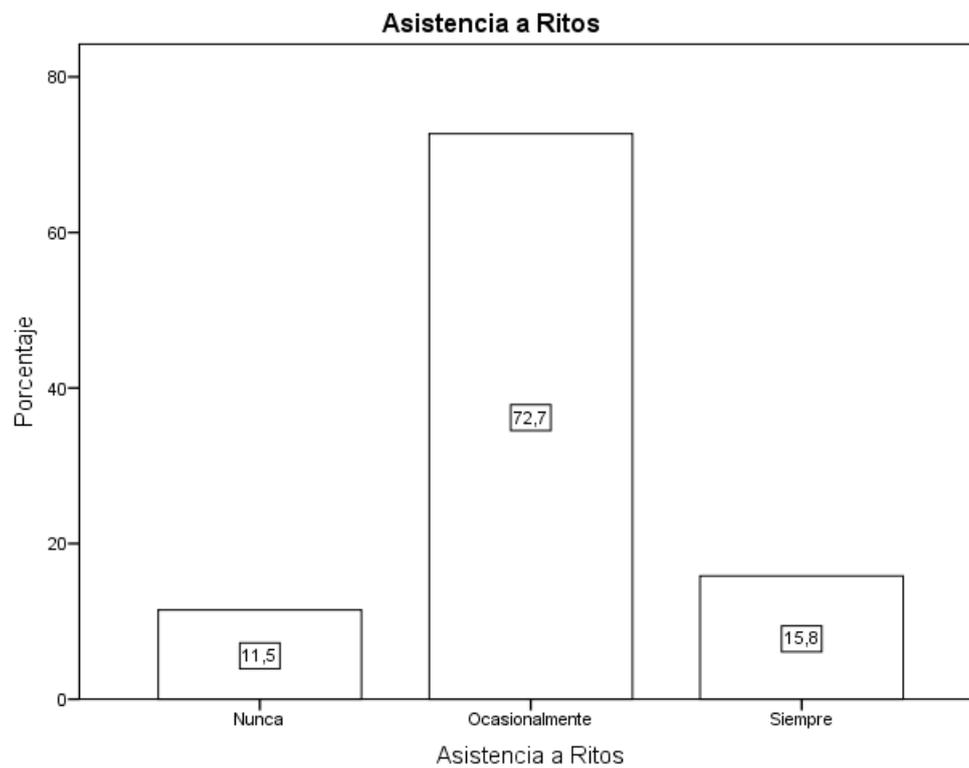
*Nivel de Ingresos.*



*Nivel de Estudios.*



*Ocupación Actual.**Profesa una religión.*

*Nivel de Religiosidad.**Frecuencia de asistencia a ritos religiosos.*

## Análisis Psicométrico del Cuestionario.

### Análisis de Consistencia Interna.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,821	36

### Análisis Factorial Exploratorio.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,818
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	9678,886
	gl	630
	Sig.	,000

### Comunalidades.

Ítems	Extracción
Si me enfermo, es mi propio comportamiento el que determina que tan pronto me recuperaré.	,518
Haga lo que haga, si me voy a enfermar, me enfermaré.	,525
Visitar regularmente a un médico es la mejor manera de evitar enfermedades.	,506
La mayoría de las cosas que afectan mi salud me ocurren accidentalmente.	,711
Siempre que no me sienta bien, debo consultar a un médico.	,465
Yo controlo mi salud.	,643
Mi familia tiene mucho que ver con el hecho de que me enferme o me mantenga sano.	,608
Cuando me enfermo, yo tengo la culpa.	,675
La suerte juega un papel importante al determinar que tan pronto me recuperaré de una enfermedad.	,601
Los médicos son los que controlan mi salud.	,428

Mi salud se debe, en gran parte a mi buena suerte.	,723
El principal aspecto que afecta mi salud es lo que yo mismo haga.	,576
Si yo me cuido, puedo evitar enfermedades.	,662
Cuando me recupero de una enfermedad, ello se debe por lo general a que otras personas (médicos, enfermeras, familias y amigos) me han proporcionado buenos cuidados.	,547
No importa lo que haga, probablemente me enfermaré.	,624
Si está destinado que sea así, me mantendré sano.	,612
Si tomo las debidas precauciones, tendré salud.	,573
Con respecto a mi salud, solo puedo hacer lo que el doctor me indique.	,527
Si me enfermo, tengo el poder de ponerme bien nuevamente	,560
Con frecuencia siento que no importa lo que haga, si me voy a enfermar, me enfermaré.	,672
Si veo con regularidad a un buen doctor es menos probable que tenga problemas de salud.	,523
Parece que mi salud está altamente influenciada por acontecimientos accidentales.	,615
Solo puedo conservar mi salud consultando a profesionales de la salud.	,577
Yo soy el responsable directo de mi salud	,593
Otras personas tienen mucho que ver con que me enferme o me mantenga sano.	,595
Si mi salud anda mal es mi propia culpa	,629
Cuando me enfermo dejo que la enfermedad siga su curso natural.	,711
Los profesionales de la salud me mantienen sano.	,646
Mi salud se la debo a la suerte.	,641
Mi bienestar físico depende de que tan bien me cuide.	,609
Cuando me siento enfermo, yo sé que es porque no me he cuidado adecuadamente.	,515
Del tipo de cuidado que reciba de otras personas depende que me recupere de una enfermedad.	,567
Inclusive cuando me cuido, es fácil enfermarme.	,538
Cuando me enfermo es asunto del destino.	,539
Puedo permanecer saludable si me cuido.	,578
Seguir estrictamente las instrucciones del doctor es la mejor manera de mantenerme saludable	,579

---

*Porcentaje de Varianza Explicada.*

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,679	15,774	15,774
2	4,340	12,055	27,830
3	2,064	5,734	33,564

*Solución Factorial Rotada con el Método Varimax.***Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente		
	1	2	3
Mi salud se la debo a la suerte.	,689		
La suerte juega un papel importante al determinar que tan pronto me recuperaré de una enfermedad.	,650		
Cuando me enfermo es asunto del destino.	,637		
Mi salud se debe, en gran parte a mi buena suerte.	,634		
Parece que mi salud está altamente influenciada por acontecimientos accidentales.	,559		
No importa lo que haga, probablemente me enfermaré.	,499		
Con frecuencia siento que no importa lo que haga, si me voy a enfermar, me enfermaré.	,493		
Otras personas tienen mucho que ver con que me enferme o me mantenga sano.	,476		
Si está destinado que sea así, me mantendré sano.	,366		
Inclusive cuando me cuido, es fácil enfermarme.	,355		
Mi familia tiene mucho que ver con el hecho de que me enferme o me mantenga sano.	,351		
La mayoría de las cosas que afectan mi salud me ocurren accidentalmente.	,336		
Haga lo que haga, si me voy a enfermar, me enfermaré.	,334		
El principal aspecto que afecta mi salud es lo que yo mismo haga.		,652	
Mi bienestar físico depende de que tan bien me cuide.		,632	
Si yo me cuido, puedo evitar enfermedades.	-,316	,627	
Si tomo las debidas precauciones, tendré salud.		,588	,305

Yo soy el responsable directo de mi salud		,586
Puedo permanecer saludable si me cuido.		,575
Cuando me siento enfermo, yo sé que es porque no me he cuidado adecuadamente.		,529
Si mi salud anda mal es mi propia culpa		,525
Yo controlo mi salud.		,507
Cuando me enfermo, yo tengo la culpa.	,350	,404
Si me enfermo, tengo el poder de ponerme bien nuevamente		,392
Si me enfermo, es mi propio comportamiento el que determina que tan pronto me recuperaré.		,346
Solo puedo conservar mi salud consultando a profesionales de la salud.		,677
Seguir estrictamente las instrucciones del doctor es la mejor manera de mantenerme saludable		,651
Los profesionales de la salud me mantienen sano.		,650
Si veo con regularidad a un buen doctor es menos probable que tenga problemas de salud.		,613
Con respecto a mi salud, solo puedo hacer lo que el doctor me indique.		,611
Cuando me recupero de una enfermedad, ello se debe por lo general a que otras personas (médicos, enfermeras, familias y amigos) me han proporcionado buenos cuidados.		,581
Siempre que no me sienta bien, debo consultar a un médico.		,520
Los médicos son los que controlan mi salud.	,316	,480
Visitar regularmente a un médico es la mejor manera de evitar enfermedades.		,473
Del tipo de cuidado que reciba de otras personas depende que me recupere de una enfermedad.		,392
Cuando me enfermo dejo que la enfermedad siga su curso natural.		

---

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

**Resultados del Cuestionario.**

ESCALA	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
					Típica.
Internalidad	984	21	69	45,21	8,684
Externalidad Defensiva	974	13	57	36,47	8,247
Externalidad Auténtica	996	16	71	47,53	8,753
N válido	930				

*Correlaciones entre escalas.*

		Correlaciones		
		Escala	Escala	Escala
		Internalidad	Externalidad Defensiva	Externalidad Auténtica
Escala Internalidad	Correlación de Pearson	1	,508**	,614**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	984	943	961
Escala Externalidad Defensiva	Correlación de Pearson		1	,480**
	Sig. (bilateral)			,000
	N			958

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*Normas Percentiles por Escala.*

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
Escala Internalidad	31,00	34,00	39,00	45,50	52,00	56,90	59,00
Escala Externalidad Defensiva	24,00	26,00	31,00	36,00	42,00	47,00	51,00
Escala Externalidad Auténtica	33,55	37,00	42,00	48,00	54,00	58,00	62,00

**Análisis de Asociación con variables socio demográficas.***Diferencias por Sexo.*

	Sexo del Participante	N	Media	Desviación típica.	Error típico. de la media
Escala Internalidad	Masculino	480	46,38	8,817	,402
	Femenino	504	44,09	8,413	,375
Escala Externalidad Defensiva	Masculino	479	37,71	8,105	,370
	Femenino	495	35,27	8,214	,369
Escala Externalidad Auténtica	Masculino	479	48,63	8,722	,398
	Femenino	517	46,51	8,666	,381

	Valor de <i>t</i>	<i>gl</i>	Significación
Escala Internalidad	4,165	982	0,00
Escala Externalidad Defensiva	4,671	972	0,00
Escala Externalidad Auténtica	3,853	994	0,00

*Diferencias por Edad.*

	Suma de cuadrados	<i>gl</i>	Media cuadrática	F	Sig.
Escala Internalidad	1813,224	6	302,204	4,083	,000
Escala Externalidad Defensiva	1764,781	6	294,130	4,415	,000
Escala Externalidad Auténtica	934,788	6	155,798	2,046	,057

*Diferencias por Ingresos Mensuales*

	Suma de cuadrados	<i>gl</i>	Media cuadrática	F	Sig.
Escala Internalidad	1020,241	3	340,080	4,550	,004
Escala Externalidad Defensiva	253,249	3	84,416	1,242	,293
Escala Externalidad Auténtica	4526,354	3	1508,785	20,849	,000

*Diferencias por Nivel de Estudios.*

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Escala Internalidad	4881,519	7	697,360	9,878	,000
Escala Externalidad Defensiva	3210,940	7	458,706	7,060	,000
Escala Externalidad Auténtica	7967,507	7	1138,215	16,508	,000

*Diferencias por Ocupación Actual.*

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Escala Internalidad	550,798	2	275,399	3,689	,025
Escala Externalidad Defensiva	131,514	2	65,757	,953	,386
Escala Externalidad Auténtica	87,815	2	43,908	,580	,560

*Diferencias por Religión.*

	Profesa Religión	N	Media	Desviación típica.	Error típico. de la media
Escala Internalidad	SI	727	45,66	8,711	,323
	NO	251	43,84	8,508	,537
Escala Externalidad Defensiva	SI	715	36,62	7,964	,298
	NO	253	36,04	9,044	,569
Escala Externalidad Auténtica	SI	735	47,66	8,835	,326
	NO	255	47,13	8,512	,533

	Valor de <i>t</i>	gl	Significación
Escala Internalidad	2,877	976	0,040
Escala Externalidad Defensiva	0,958	966	0,338
Escala Externalidad Auténtica	0,842	988	0,400

*Diferencias por Nivel de Religiosidad.*

	Nivel de Religiosidad	N	Media	Desviación típica.	Error típico. de la media
Escala Internalidad	POCO	237	45,41	8,411	,546
	MUY	609	45,58	8,904	,361
Escala Externalidad Defensiva	POCO	242	35,80	6,924	,445
	MUY	591	36,84	8,464	,348
Escala Externalidad Auténtica	POCO	248	47,04	8,626	,548
	MUY	610	48,11	8,947	,362

	Valor de <i>t</i>	<i>gl</i>	Significación
Escala Internalidad	-0,262	844	0,793
Escala Externalidad Defensiva	- 1,698	831	0,090
Escala Externalidad Auténtica	-1,595	956	0,111

*Diferencias por frecuencia de asistencia a ritos.*

	Suma de cuadrados	<i>gl</i>	Media cuadrática	F	Sig.
Escala Internalidad	185,962	2	92,981	1,203	,301
Escala Externalidad Defensiva	225,410	2	112,705	1,661	,191
Escala Externalidad Auténtica	313,551	2	156,775	2,015	,134

## Referencias

- Aiken, Lewis. (1996). *Test Psicológicos y Evaluación*. Editorial México: Manual Moderno.
- Bandura Albert. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Barrientos B. V. (1984). Fundamentos Epistemológicos de la Psicología Contemporánea. *Revista Psicología y Ciencia*. Vol. 4. 35-47. Santafé de Bogotá: Universidad Javeriana.
- Brown , F. (1980). *Principios de la medición en Psicología y Educación*. México: Editorial Manual Moderno.
- Cifuentes Carlos. (1994). *Adaptación, Validación y Estandarización de la escala de locus de control en la salud*. Universidad Católica de Colombia.
- Fernandez-Ballesteros Rocío. (1994). *Evaluación Conductual Hoy*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Hewstone Miles. (1992). *La Atribución Causal: Del proceso cognitivo a las creencias colectivas*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Kendall, Phillip. C.(1981). *Assessment Strategies for cognitive behavioral interventions*, New York: Academia Piess.
- Kerlinger, F.(1985). *Investigación del Comportamiento*. México: editorial Mc Graw Hill.
- Lefcourt H. M. (1981). *Research with the locus of control construct*, New York : Academia Press V.1.

Martínez Arias, R. (1996). *Psicometría: Teoría de los Test Psicológicos y Educativos*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.

Mead George H. (1982). *Espíritu, Persona y Sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*, Barcelona: Editorial Paidós.

Myers David. (1991). *Psicología Social*. Editorial Médica Madrid: Panamericana.

Nunnally, J & Bernstein. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: Editorial Mc Graw Hill. México.

Peña, D. & Romo, J. (1997). *Introducción a la Estadística para las ciencias sociales*. España: Mc Graw Hill.

Perlman Daniel. (1985). *Psicología Social*. Editorial México: Interamericana.