

ADAPTACION CASTELLANA DE LA "LISTA DE SINTOMAS ORGANICOS DE FRIBURGO"

HENNING JENSEN* ZAIDA SALAZAR e IRENE AGUILAR

Universidad de Costa Rica

The Spanish adaptation of the Freiburg Symptom Check List, originally developed by Jochen Fahrenber (University of Freiburg, Federal Republic of Germany) is presented. The adaptation study includes classical item analysis, internal homogeneity, and factor analysis. The results of intergrupp comparisons using clinic and "normal" samples are also reported. Most of the results are highly satisfactory. The possible applications of the instrument and recommendations for further research are indicated.

Key words: Freiburg Symptom Check List, Spanish adaptation, factor analysis, clinical use.

INTRODUCCION

La indagación del estado de salud general y de malestares orgánicos representa un componente esencial de la anamnesis y el diagnóstico médicos y psicológicos. Junto a la entrevista individual, existen cuestionarios estandarizados (las así llamadas listas de síntomas orgánicos) que han demostrado su utilidad dentro del contexto de la práctica médica cotidiana, pero también como instrumentos de indagación sistemática en la medicina psicosomática y la psicología de la personalidad. Fahrenberg (1975) menciona las siguientes posibles funciones de este tipo de instrumento de evaluación psicológica:

1. Racionalización de datos anamnésicos en la documentación médica básica. Los síntomas y sus transformaciones pueden ser

* Dirección: Henning Jensen, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica.

aprehendidos de manera más amplia y sistemática de lo que es posible hacerlo en la práctica médica cotidiana.

2. Identificación de individuos o grupos desde el punto de vista psicosomático para así poder brindarles una atención especial.

3. Descripción y diferenciación de determinados síndromes psicovegetativos.

4. Aprehensión del grado en que los síntomas orgánicos son experimentados subjetivamente. La frecuencia de respuestas a los ítems de estos instrumentos es interpretada como rasgo de personalidad que condiciona la percepción subjetiva de procesos somáticos.

Muchos instrumentos del diagnóstico psicológico del neuroticismo y la ansiedad y cuestionarios de personalidad (por ejemplo MM-PI, MAS, MMQ, IPATANxiety Scale) contienen ítems que indagan malestares orgánicos habituales o la tendencia a expresar síntomas de esta índole; en la investigación del stress y la activación, así como también en la farmacopsicología y la investigación de series temporales en la psicología de la personalidad, es importante aprehender la frecuencia e intensidad de las respuestas vegetativas.

La mención de estas posibilidades de aplicación de las listas de síntomas orgánicos destaca así su utilidad múltiple como instrumentos de documentación sistematizada, de la evaluación clínica (tanto médica como psicológica) y, no en última instancia, como parte del procedimiento metodológico de la investigación en medicina y en la epidemiología de enfermedades orgánicas.

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

La *Lista de Síntomas Orgánicos de Friburgo (LSO)* fue desarrollada originalmente por Fahrenberg (1975) como instrumento auxiliar en la investigación psicosomática y de la personalidad. Su conceptualización respondió a objetivos de descripción y comparación transversales y longitudinales de grupos de sujetos, de tal manera que con esta lista no se pretende tener un instrumento de evaluación psicológica o médica individual ni de clasificación nosológica.

La LSO abarca un amplio espectro de malestares orgánicos operacionalizados en 79 ítems, los cuales se agrupan en 11 escalas que fueron construidas con base en los resultados estadísticos de diferentes análisis factoriales, de confiabilidad y validez. Las siguientes son las escalas de la LSO:

- LSO 1: Estado de salud general
- LSO 2: Reactividad emocional
- LSO 3: Circulación de la sangre y funcionamiento del corazón
- LSO 4: Padecimientos gastrointestinales
- LSO 5: Vías aéreas superiores

- LSO 6: Tensión
- LSO 7: Sistema sensorial
- LSO 8: Dolor
- LSO 9: Motricidad
- LSO 10: Piel
- LSO 11: Suma de malestares

La estabilidad y dimensionalidad de estas escalas han sido investigadas por Hampel (1978) en una muestra de sujetos sanos. Estudios de esta índole han sido realizados también por Medert-Dorscheidt y Myrtek (1977) con pacientes con trastornos circulatorios, por Kury (1977) con sujetos con síndromes psicovegetativos y por Langosch y Brodner (1979) con pacientes con infarto cardíaco. Una detallada discusión de los múltiples estudios de confiabilidad y validez realizados a este instrumento se encuentra en Hampel y Fahrenberg (1982).

En la *forma standard* de la LSO (78 + 1 ítemes), se le pide a los sujetos indicar la frecuencia de los síntomas según 5 posibilidades de respuesta: "todos los días", "tres veces a la semana", "dos veces al mes", "dos veces al año" y "nunca". La *forma breve* contiene 40 ítemes (escalas 1, 3, 4, 6 y 8) con 5 posibilidades de respuesta: "todos los días", "tres veces a la semana", "una vez a la semana", "una vez al mes" y "nunca".

El puntaje para cada escala se obtiene por adición simple de los puntajes de los ítemes pertenecientes a cada una de ellas. El puntaje total (LSO 11) está definido como la adición de los puntajes de todos los ítemes de la lista.

Al final de la lista se encuentra una pregunta referente al grado en que el sujeto se preocupa por su propia salud. La respuesta a este ítem, sin embargo, no es considerada en el procesamiento estadístico de las escalas. Las respuestas obtienen puntajes de 1 a 5, de tal manera que a "Todos los días" corresponde el mayor puntaje, mientras que a "Nunca", el menor.

OBJETIVOS

La presente investigación se llevó a cabo en dos partes. En la primera, se cumplieron los siguientes objetivos:

- (a) Análisis clásico de ítemes.
- (b) Análisis de confiabilidad del instrumento y de cada una de sus escalas (consistencia interna).
- (c) Análisis factorial.

La segunda parte tuvo como objetivo la realización de un estudio exploratorio de la *validez de construcción* de la lista utilizando

como estrategia metodológica la comparación entre diferentes grupos de sujetos.

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO Y CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS

Para realizar los objetivos de la primera parte de esta investigación, se utilizó una muestra de 402 sujetos. Esta muestra estuvo constituida, a su vez, por dos estratos: 186 pacientes de la consulta externa del Servicio de Medicina Psicosomática del hospital central de la Caja Costarricense de Seguro Social (Costa Rica), los cuales presentaban síntomas psicossomáticos heterogéneos. El segundo estrato de esta muestra consistió de 216 sujetos "sanos", o sea, sujetos que en el momento de la recolección de datos afirmaron no poseer ningún tipo de malestar orgánico y no estar recibiendo asistencia médica. Los sujetos de este estrato fueron reclutados del personal administrativo de la Universidad de Costa Rica y de los asistentes a un programa estatal de educación de adultos.

La amplitud de la muestra fue determinada según el criterio de Lienert (1969), quien afirma que la muestra para llevar a cabo un análisis de ítemes puede estar constituida por 200 sujetos, mientras que para un estudio de validez, ésta puede oscilar entre 30 y 100 sujetos, siempre y cuando estas muestras sean homogéneas.

Las dos terceras partes de la muestra estuvieron constituidas por sujetos de sexo femenino. En cada uno de los estratos "psicosomáticos" y "sanos", la mayoría de los sujetos son mujeres. Sin embargo, en los sanos la distribución tiende hacia un 50% de cada sexo (ver Tabla 1).

TABLA 1

Distribución por sexo (psicosomático, N= 186; sanos, N= 216)

ESTRATO	SEXO				No. respuesta		TOTAL	
	Masculino		Femenino					
	N	%	N	%	N	%	N	%
Psicosomáticos	43	23,1	142	76,3	1	0,5	186	100
Sanos	90	41,7	123	56,9	3	1,4	216	100
TOTAL	133	33,1	265	65,9	4	1,0	402	100

En lo referente a la variable "edad", el 81% de los sujetos "sanos" se ubicaban entre los 18 y 37 años. A este intervalo correspondió el 30% de los sujetos psicossomáticos. El resto de los sujetos de ambos estratos tenía 38 o más años.

Todos los sujetos sanos vivían en subregiones mayores, o sea, en zonas con más de 100.000 habitantes. La mayoría de los sujetos psicossomáticos habitaban también en este tipo de zona; únicamente el 17,2% de ellos residía en subregiones periféricas que tienen entre 40.000 y 85.000 habitantes y sólo un sujeto psicossomático vivía en lo que se denomina "subregiones menores", o sea, regiones con una población que comprende entre 20.000 y 40.000 habitantes. La mayoría de los sujetos de la muestra residían, por lo tanto, en zonas urbanas.

En el momento de la recolección de datos, la mayoría de los sujetos psicossomáticos eran casados (68%), mientras que de los sujetos "sanos" el 34% eran casados y el 58%, solteros.

ANALISIS DE ITEMS

El análisis de ítems se llevó a cabo con la totalidad de la muestra mencionada. De este análisis fue excluido el ítem 38 de la versión original de la LSO, ya que fue erróneamente impreso y ello tan sólo fue detectado después de la aplicación del instrumento entre los sujetos. De tal manera que la versión que aquí presentamos contiene 77 + 1 ítems.

La Tabla 2 contiene la estadística del análisis de ítems (media, desviación estandar, coeficiente de correlación por sexo y edad, coeficiente de discriminación corregido por escala y coeficiente de discriminación con respecto al puntaje total).

Como puede apreciarse en esta tabla, la distribución de las respuestas a los diferentes ítems presenta una configuración que no es unitaria, lo cual constituye, sin embargo, un hecho esperable cuando se trata de síntomas orgánicos. No obstante, incluso los ítems más débiles en este sentido presentan, a la vez, coeficientes de discriminación que son altamente adecuados para un instrumento de esta naturaleza, en la medida en que con este tipo de mediciones, como ya se mencionó anteriormente, no se pretende una clasificación nosológica de los sujetos. Como se verá más adelante, estos ítems poseen también altas cargas factoriales.

Por otra parte, muchos ítems reflejan la conocida dependencia con respecto a las variables sexo y edad. Estos resultados, así como los mencionados anteriormente, corresponden en su configuración general a los expuestos en la publicación alemana de la versión original de la LSO (Fahrenberg, 1975, págs. 85-88).

TABLA 2

Items de la LSO (denominación breve, pertenencia a escalas, estadísticas (N= 402).

Item No.	Denominación	Escala	Escala		Sexo r	Edad r	Escalas rit	Total rit
			M	s				
1	Amanece cansado	1	3.35	1.54	25	15	60	62
2	Dificultad dormir	6	2.80	1.69	15	30	54	53
3	Sueño intranquilo	6	2.60	1.65	15	22	57	56
4	Rendimiento	1	3.05	1.67	23	35	60	60
5	Se cansa	1	3.04	1.72	24	25	63	65
6	Se marea	1	2.25	1.56	21	12	64	58
7	Perturbado	1	2.86	1.59	22	28	63	63
8	Dolor de cabeza	1	2.93	1.49	29	13	63	62
9	Falta de apetito	1	2.12	1.55	17	18	46	46
10	Reacciona a clima	1	2.53	1.62	11	19	47	46
11	Reac. corp.	2	3.37	1.62	13	16	58	59
12	Lágrimas	2	3.22	1.45	34	20	56	55
13	Tartamudea	2	2.24	1.48	00	09	46	46
14	Se sonroja	2	2.78	1.54	06	15	27	32
15	Dificul. respir.	2	2.31	1.58	20	17	58	60
16	Palpit. corazón	2	3.32	1.47	10	05	50	52
17	Diarrea	2	2.22	1.57	23	13	52	50
18	Temblor piernas	2	2.89	1.63	22	14	62	62
19	Palpit. irregul.	3	2.35	1.53	21	20	64	62
20	Corazón se para	3	1.64	1.27	16	14	52	49
21	Congestión sangre	3	1.97	1.47	17	26	58	59
22	Presión corazón	3	2.13	1.48	20	17	63	59
23	Dolor corazón	3	1.93	1.34	20	09	56	54
24	Palp. subir esc.	3	3.02	1.65	22	19	56	55
25	Pierde el aire	3	2.73	1.71	25	28	63	61
26	Asfixia	3	2.26	1.58	20	13	66	63
27	Estómag. sensib.	4	2.82	1.68	07	15	43	45
28	Estómag. lleno	4	2.90	1.61	07	04	48	48
29	Acidez estom.	4	2.91	1.57	05	11	42	43
30	Náuseas	4	2.48	1.46	23	05	58	56
31	Gases	4	3.10	1.54	12	18	49	45
32	Estreñimiento	4	2.53	1.62	21	11	39	40
33	Dolor estómago	4	2.53	1.44	15	04	49	52
34	Presión estómago	4	1.86	1.35	05	05	47	45
35	Picazón nariz	5	2.33	1.56	05	00	41	39
36	Estornuda sin resf.	5	3.07	1.53	02	04	33	34
37	Dolor garganta	5	2.20	1.49	16	08	49	52
38	—	—	—	—	—	—	—	—
39	Presión gargant.	5	2.07	1.49	15	11	62	60

Item No.	Denominación	Escala		Sexo r	Edad r	Escalas rit	Total rit	
		M	s					
40	Picazón garganta	5	2.41	1.57	10	09	52	56
41	Tos	5	2.26	1.47	04	10	49	47
42	Picazón cabeza	5	2.71	1.57	03	06	41	44
43	Sudor manos	6	2.96	1.61	02	02	50	50
44	Sudor general	6	2.58	1.66	09	11	52	50
45	Sudor de pronto	6	2.73	1.68	08	16	59	61
46	Sensible a la luz	7	2.70	1.79	06	16	46	47
47	Sensibl. luz int.	7	2.84	1.73	20	21	52	54
48	Sensible color	7	2.46	1.71	24	22	55	58
49	Sensible ruidos	7	3.59	1.60	16	21	50	52
50	Sensible olores	7	3.48	1.59	22	10	41	42
51	Trastorno olfat.	7	2.56	1.66	14	04	37	36
52	Sensibl. gusto	7	2.36	1.68	12	23	28	30
53	Molesta ropa	7	3.51	1.71	10	24	33	36
54	Presión ojos	8	2.38	1.68	15	12	58	59
55	Dolor nuca	8	3.20	1.59	22	20	62	64
56	Dolor espalda	8	3.15	1.56	30	14	63	62
57	Dolor cintura	8	3.08	1.59	24	15	63	62
58	Dolor brazos	8	2.70	1.64	25	29	64	64
59	Brazos adormec.	8	2.64	1.58	20	22	60	60
60	Piernas adorm.	8	2.62	1.57	13	14	64	62
61	Dolor piernas	8	2.94	1.60	24	23	62	62
62	Calambre cuerpo	6	1.72	1.26	13	13	60	57
63	Calambre trabajo	6	1.59	1.18	13	11	59	56
64	Calambre escrib.	6	1.62	1.24	09	08	53	51
65	Torpeza	9	2.06	1.38	21	12	61	59
66	Temblor manos	9	2.00	1.49	09	17	52	53
67	Manos intranquil.	9	2.77	1.37	22	01	60	62
68	Pies intranquil.	9	2.46	1.66	09	08	51	50
69	Contrac. ojos	9	2.77	1.37	22	01	60	62
70	Contrac. boca	9	1.83	1.26	17	12	52	52
71	Chasquido lengua	9	1.44	1.03	06	09	48	45
72	Contrac. hombros	9	1.76	1.32	15	17	59	60
73	Sensible frío	10	3.00	1.68	19	03	36	37
74	Manos frías	10	2.08	1.51	20	02	53	51
75	Piel sensible	10	3.02	1.76	12	14	34	37
76	Piel seca	10	3.00	1.77	23	27	40	36
77	Alergia	10	2.21	1.69	03	19	31	28
78	Sensible dolor	10	3.01	1.65	16	13	53	48
79	Preocupación	—	3.14	1.45	—	—	—	—

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

El análisis de confiabilidad se llevó a cabo mediante el cálculo de coeficientes de consistencia interna (*alfa de Cronbach*) para el instrumento total, las diferentes escalas, así como también para la muestra global y para cada uno de los estratos.

El análisis de consistencia interna del instrumento total arrojó un alfa de Cronbach de .97 en la muestra global (N= 402), mientras que para el estrato de sujetos psicósomáticos fue de .96 (N= 186) y para el estrato de sujetos "sanos" (N= 216) fue de .95.

La Tabla 3 contiene las estadísticas de las escalas y los coeficientes de consistencia interna correspondientes tomando como unidad de análisis la muestra total.

TABLA 3

Lista de Síntomas Orgánicos. Estadísticas y Alfa de Cronbach por escalas (N= 402).

<i>Escala</i>	<i>Nº de items</i>	<i>Media M</i>	<i>Desviación Estandar</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
1. Estado de salud general	8	22,01	8,69	.84
2. Reactividad emocional	8	22,41	8,16	.81
3. Circulación de la sangre y funcionamiento del corazón	8	18,00	8,65	.86
4. Padecimientos gastro-intestinales	8	21,05	8,52	.84
5. Vías aéreas superiores	7	16,93	7,12	.80
6. Tensión	8	18,47	7,82	.81
7. Sistema sensorial	8	23,46	8,31	.77
8. Dolor	8	22,69	9,47	.88
9. Motricidad	8	16,68	7,66	.83
10. Piel	6	16,27	5,98	.63

Los resultados expuestos en la Tabla 3 indican que las diferentes escalas de la LSO poseen una excelente consistencia interna. Según Lehl y Kinzel (1973), si el alfa de Cronbach es igual o mayor a .70, ello significa que en el interior de cada escala se encuentran dos unidades bien diferenciadas, lo cual permite una discriminación estadísticamente significativa de los sujetos con puntajes bajos y altos. La mayoría de las escalas presenta coeficientes de consistencia iguales o superiores a .80. Las escalas con índices alfa más altos fueron la N^o 8 (dolor) y la N^o 3 (circulación de la sangre y funcionamiento del corazón). Las escalas con índices alfa más bajos fueron

la N° 7 (sistema sensorial) con un coeficiente de .77 y la escala N° 10 (piel) con un coeficiente de .63, pero esta última escala posee también la menor cantidad de ítems (6), a lo cual ha de atribuirse este bajo resultado.

La Tabla 4 incluye los coeficientes alfa de Cronbach para cada escala según el método de partición por mitades, así como también el coeficiente de confiabilidad de Guttman por mitades y el de Spearman-Brown para longitudes desiguales de las escalas divididas.

TABLA 4

Indices de confiabilidad. Alfa de Cronbach, coeficiente de Guttman y coeficiente Spearman-Brown por mitades para cada escala (N= 402).

<i>Escala</i>	<i>Alfa 1ª Parte</i>	<i>Alfa 2ª Parte</i>	<i>Guttman</i>	<i>Spearman-Brown</i>
1	.80	.65	.80	.81
2	.65	.75	.77	.78
3	.77	.79	.80	.81
4	.76	.70	.84	.85
5	.69	.65	.78	.79
6	.67	.75	.76	.76
7	.78	.53	.66	.67
8	.80	.82	.84	.84
9	.79	.75	.70	.71
10	.47	.52	.59	.59

Si se considera que la partición por mitades de escalas breves reduce el número de ítems correspondiente a cada una de las partes a cantidades muy bajas, lo cual afecta a su vez la magnitud de los índices, podemos observar que los coeficientes del cuadro 4 brindan una excelente imagen de la homegeneidad interna del instrumento aquí analizado.

En el presente contexto, renunciamos a una presentación de los resultados de los análisis de consistencia de cada uno de los estratos, pero deseamos asegurar que se trata de índices de magnitudes similares. Podemos así concluir que los resultados expuestos indican un alto grado de calidad de la LSO en lo referente a su homogeneidad interna, pero hemos de señalar simultáneamente la necesidad futura de repetir este tipo de análisis con nuevas muestras, así como de determinar la confiabilidad del instrumento mediante otros métodos (por ej., el método de test-retest).

SINTOMAS ORGANICOS DE FRIBURGO

107

31	.70									.59
32	.37									.23
33	.63									.49
34	.39									.27
35						.51				.34
36						.52				.32
37				.33		.56				.48
38										
39				.34		.38				.47
40						.58				.52
						.51				
41						.34				.40
42										.25
43							.46			.38
44										.24
45	.34						.33			.38
46								.61		.49
47								.64		.57
48								.51		.53
49			.32					.31		.35
50								.33		.29
51									.33	.25
52									.38	.19
53										.18
54								.45		.47
55				.52						.50
56				.55						.50
57				.48						.45
58				.52						.54
59				.52						.50
60				.41						.45
61				.42						.44
62					.68					.61
63					.61					.53
64					.64					.51
65					.32		.38			.42
66					.32		.44			.46
67							.67			.58
68							.68			.58
69	.32			.42						.51
70				.46						.36
71				.44						.30
72				.31						.31
73										.14
74							.31			.28
75								.32		.26
76										.18
77										.22
78										.25
Auto valor	20.29	2.11	1.69	1.46	1.41	1.29	1.08	0.94	0.93	31.20
%h ²	65.00	6.80	5.40	4.70	4.50	4.10	3.50	3.00	3.00	100.00

La Tabla 5 contiene la distribución de las cargas mayores de .30 y menores de .70 de los diferentes ítems en los nueve factores de la solución final. Se incluye además la comunalidad de los ítems, la suma de los cuadrados de las cargas de los factores (autovalores), y el porcentaje con que cada factor participa de la varianza total.

La solución de nueve factores explica el 48.5% de la varianza total no rotada, mientras que al autovalor del primer factor no rotado (20.86) corresponde el 26.7%. Todo ello indica que la LSO tiene una considerable varianza común, pero al mismo tiempo, considerando los altos índices de confiabilidad, puede afirmarse que es estadísticamente posible realizar una diferenciación de esferas de síntomas. Esta afirmación es corroborada por la distribución de las cargas de los ítems en los diferentes factores después de la rotación VARIMAX.

El *factor 1* reúne la mayoría de los ítems de las escalas "reactividad emocional" y "circulación de la sangre y funcionamiento del corazón". También contiene respectivamente un ítem de las escalas "tensión", "motricidad" y "estado de salud general". Por lo tanto, este factor se refiere a emoción y alteración corporal generalizada. El *factor 2* corresponde en su totalidad a la escala "padecimientos gastrointestinales". El *factor 3* reúne la mayoría de los ítems de la escala "estado de salud general", pero también contiene dos ítems de la escala "circulación de la sangre y funcionamiento del corazón" y un ítem respectivamente de las escalas "sistema sensorial" y "tensión". Por lo tanto, este factor se refiere a cansancio y perturbación, falta de aire al subir escaleras, sensibilidad a los ruidos y dificultades en el sueño. El *factor 4* recoge la mayoría de los ítems de la escala "dolor", pero también varios ítems de otras escalas que hacen referencia a dolor. El *factor 5* se refiere en su totalidad a conceptos relacionados con la musculatura (motricidad). El *factor 6* corresponde totalmente a la escala "vías aéreas superiores", mientras que el *factor 7* reúne los ítems de la escala "tensión", aunque contiene también algunos ítems de motricidad pero que, a su vez, están relacionados con fenómenos de tensión. El *factor 8* agrupa la mayoría de los ítems de la escala "sistema sensorial" y un ítem de la escala "dolor". Estos se refieren a sensibilidad a la luz clara e intermitente, a los colores y ruidos fuertes, a determinados olores y a presión detrás de los ojos. Por último, el *factor 9* alude a síntomas heterogéneos tales como reacción a cambios en el clima, sensación de oler algo que los demás no perciben, gusto y piel sensibles. Al igual que el factor 8, este factor se refiere también a sensibilidad, pero con la diferencia de que aquí la relación es con tacto, olfato y gusto, mientras que en el factor anterior la sensibilidad se refiere a la vista, el oído y el olfato.

En conclusión, podemos afirmar que los resultados aquí obtenidos reflejan un alto grado de congruencia con la solución de 10 factores de la versión alemana original de la LSO (1975). Ha de destacarse sin embargo la diferencia de que, mientras en los estudios originales el análisis factorial fue utilizado como medio para la construcción de las escalas, en nuestro contexto ha tenido la finalidad de indagación de dimensiones estructurales. Además, debe mencionarse que los ítems de la escala "piel" no obtuvieron cargas suficientemente adecuadas en la solución de 9 factores. Pero si consideramos el hecho de que tuvieron altas communalidades en el primer factor no rotado y, en el mismo contexto, altos coeficientes de correlación, podemos suponer que las bajas cargas de esta escala se deben a la pequeña cantidad de ítems que reúne. Estas razones son fundamento suficiente para considerar esta escala como una unidad estructural discernible, cuya utilidad deberá comprobarse en estudios posteriores de validez.

DIFERENCIAS INTERGRUPALES

Se llevaron a cabo dos análisis para determinar diferencias intergrupales. En el primero de ellos, se utilizó la misma muestra que sirvió de base para los análisis anteriormente comunicados. El segundo análisis fue realizado con una nueva muestra de sujetos, la cual fue, sin embargo, considerablemente más pequeña, pues consta de 36 sujetos con neurodermatitis, 34 sujetos con diagnósticos psicósomáticos heterogéneos y 31 sujetos "sanos".

La Tabla 6 contiene los resultados del análisis de varianza aplicado a la muestra original de 402 sujetos, la cual fue subdividida en cuatro estratos (estrato A= varones psicósomáticos; estrato B= mujeres psicósomáticas; estrato C= varones "sanos"; estrato D= mujeres "sanas").

Este análisis de varianza muestra la presencia general de diferencias significativas en todas las escalas de la LSO. El estrato B (mujeres psicósomáticas) obtiene siempre el puntaje más alto, seguido en orden descendente por el estrato A (varones psicósomáticos), el estrato D (mujeres "sanas"), mientras que el estrato C (varones "sanos") tiene los puntajes más bajos.

El test de Scheffé indica también que las mujeres psicósomáticas obtienen puntajes significativamente más altos en las escalas LSO 1, 2, 5, 7, 8, 10 y 11, mientras que entre los sujetos "sanos" no existen diferencias significativas en las escalas 2 (reactividad emocional), 4 (padecimientos gastrointestinales), 5 (vías aéreas superiores) y 11 (suma de malestares).

TABLA 6
Diferencias intergrupales. Analisis de varianza de cuatro estratos
agrupados segun sexo (N = 402).

LSO	A		B		C		D		Test BARTLETT P.	F	Analisis de Varianza	P	Dif. significativas, P = 0.01
	M	s	M	s	M	s	M	s					
1	2.89	1.10	3.49	0.94	1.99	0.75	2.43	0.92	0.02	56.61	< 0.01	A B C D	
2	2.99	0.99	3.35	1.00	2.22	0.89	2.57	0.91	0.50	30.14	< 0.01	A B C D	
3	2.44	0.99	2.91	1.13	1.53	0.58	1.99	0.88	0.01	44.58	< 0.01	Var. heterog.	
4	3.03	1.12	3.10	1.05	2.08	0.79	2.40	0.97	0.02	25.03	< 0.01	A B C D	
5	2.77	1.07	2.75	1.09	2.07	0.82	2.45	1.02	0.02	12.12	< 0.01	A B C D	
6	2.64	0.92	2.86	1.00	1.85	0.70	2.33	0.97	< 0.01	37.99	< 0.01	Var. heterog.	
7	2.94	0.88	3.48	1.03	2.35	0.87	2.74	0.92	0.28	28.67	< 0.01	A B C D	
8	2.88	1.20	3.58	1.05	2.11	0.88	2.51	0.97	0.06	44.46	< 0.01	A B C D	
9	2.13	0.82	2.58	1.09	1.69	0.64	1.80	0.74	< 0.01	25.71	< 0.01	Var. heterog.	
10	3.00	0.94	3.24	0.94	2.05	0.80	2.51	0.85	0.29	36.84	< 0.01	A B C D	
11	3.81	1.14	3.84	1.20	2.65	1.38	2.93	1.49	0.04	19.92	< 0.01	A B C D	

Estrato A = varones psicossomáticos
 B = mujeres psicossomáticas
 C = varones "sanos"
 D = mujeres "sanas"

El segundo estudio de diferencias intergrupales se llevó a cabo con una muestra de 101 sujetos, la cual estuvo compuesta por tres estratos de pacientes con neurodermatitis, pacientes con diagnósticos psicósomáticos heterogéneos y sujetos "sanos". Ya que se trata de estratos pequeños, el análisis de varianza se realizó globalmente y no según la agrupación por sexo. Este análisis de diferencias intergrupales debe ser considerado como un primer estudio de la validez de construcción de la versión castellana de la LSO.

La Tabla 7 muestra nuevamente la presencia de diferencias significativas a lo largo de las 11 escalas de la LSO. El estrato de pacientes psicósomáticos, como era de esperar, obtiene los puntajes más altos en la mayoría de las escalas, mientras que los sujetos "sanos" tienen los más bajos. El test de Scheffé indica también que entre los pacientes psicósomáticos y los sujetos "sanos" existen diferencias significativas en todas las escalas. Por otro lado, entre los sujetos con neurodermatitis y los sujetos "sanos" no se presentan diferencias significativas en las escalas 3 y 8, pero sí en las restantes. Ha de destacarse además que se obtuvieran diferencias significativas entre sujetos con neurodermatitis y sujetos "sanos" en la escala 10 (piel), aunque no se obtuvo el mismo resultado en relación con los pacientes psicósomáticos.

COMENTARIOS FINALES

Los diferentes análisis estadísticos aplicados a la traducción castellana de la *Lista de Síntomas Orgánicos de Friburgo* han arrojado resultados que, en general, han de considerarse altamente satisfactorios. Los diversos índices de calidad psicométrica son también, en su totalidad, comparables a los comunicados en la publicación alemana original (Fahrenberg, 1975). Los positivos resultados obtenidos en el análisis de diferencias intergrupales utilizando grupos clínicos indican la capacidad potencial de la LSO como instrumento del diagnóstico diferencial. Sin embargo, debe acentuarse una vez más que éste no es el objetivo primordial de la LSO, así como tampoco lo es la indagación patogénica de síntomas orgánicos o el estudio de los nexos funcionales con sus posibles causas. La LSO constituye más bien un instrumento estandarizado para la indagación sistemática de *síntomas orgánicos subjetivamente* percibidos o interpretados. No obstante, puede encontrar utilización en el contexto de investigaciones descriptivo-comparativas de diferentes grupos de sujetos, así como también en la descripción de procesos terapéuticos. Además de los análisis de diferencias intergrupales aquí comunicados, sería necesario realizar otros estudios de replicación y a la vez llevar a cabo investigaciones de este tipo con otros grupos clínicos.

TABLA 7

Diferencias intergrupales. Análisis de varianza de tres estratos (sujetos con neurodermatitis, N= 36; sujetos psicósomáticos, N= 34; sujetos "sanos", N= 31).

ISO	A			B			C			Test BAR- TLETT P	Análisis de Varianza F P	Dif. sig. p= 0.01
	M	s	M	s	M	s	M	s				
1.	2.74	1.11	3.43	1.11	2.10	0.82	0.17	13.59	< 0.01	A B C		
2.	2.66	0.86	3.40	0.95	2.11	0.82	0.68	17.30	< 0.01	A B C		
3.	2.33	0.98	2.94	1.08	1.83	0.69	0.05	11.46	< 0.01	A B C		
4.	2.88	1.17	3.34	1.03	2.16	0.94	0.47	10.23	< 0.01	A B C		
5.	2.62	0.89	3.11	1.21	1.88	0.83	0.07	12.29	< 0.01	A B C		
6.	2.42	0.91	3.09	1.06	1.71	0.56	< 0.01	20.39	< 0.01	Var. heterogénea		
7.	3.06	1.02	3.25	1.22	2.38	1.01	0.47	5.68	< 0.01	A B C		
8.	2.28	0.89	3.29	1.16	1.97	0.76	0.05	17.54	< 0.01	A B C		
9.	2.15	0.80	2.81	1.23	1.54	0.43	< 0.01	16.54	< 0.01	Var. heterogénea		
10.	3.35	0.80	3.11	1.13	2.06	0.84	0.09	17.61	< 0.01	A B C		
11.	3.89	1.19	4.15	1.38	2.74	1.55	0.04	11.46	< 0.01	A B C		

Estrato A = sujetos con neurodermatitis

B = sujetos psicósomáticos

C = sujetos "sanos"

Además de la realización de otros estudios de confiabilidad y validez basados en otros métodos, quisieramos recomendar la realización posterior de (1) análisis discriminantes con subgrupos específicos, por ejemplo neuróticos, diferentes trastornos psicósomáticos, etc; (2) investigaciones longitudinales con diferentes grupos clínicos; (3) análisis de series temporales y (4) indagación de las condiciones psicosociales y de personalidad que sirven de base de la percepción y manifestación de malestares orgánicos.

REFERENCIAS

- Fahrenberg, J. (1975). Die Freiburger Beschwerdenliste FBL. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 4, 79-100.
- Hampel, R. (1978). Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen und Gesundheitsverhältnissen. (Manuscrito inédito).
- Hampel, R. y Fahrenberg, J. (1982). Die Freiburger Beschwerdenliste FBL. Gruppenvergleiche und andere Studien zur Validität. *Research Reports*, Psychological Institute, University of Freiburg, West Germany, 7.
- Kury, H. (1977). Kreuzvalidierung der Freiburger Beschwerdenliste (FBL-W). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 6, 203-217.
- Langosch, W., y Brodner, G. (1979). Ergebnisse einer psychologischen Verlaufsstudie an Herzinfarkt-Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 256-269.
- Lienert, G. A. (1969). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim, Berlin, Basel: Verlag Julius Beltz.
- Medert-Dornscheidt, G., y Myrtek, M. (1977). Ergebnisse einer Zwei-Jahres-Katamnese an Herz-Kreislaufkranken nach einem Heilverfahren. *Rehabilitation*, 16, 207-217.